

Université de Sherbrooke

**LE RAPPORT DES TRAVAILLEURS SOCIAUX À LA STANDARDISATION  
EN CONTEXTE DE RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS  
DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE**

par

Dominique Gagnon

DOCTORAT en gérontologie

Thèse présentée à la  
Faculté des Lettres et des sciences humaines  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en gérontologie

Sherbrooke, 10 juin 2015

Université de Sherbrooke

**LE RAPPORT DES TRAVAILLEURS SOCIAUX À LA STANDARDISATION  
EN CONTEXTE DE RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS  
DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE**

par  
Dominique Gagnon

**Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :**

Yves Couturier, Ph.D., directeur  
Louis Demers, Ph.D., co-directeur  
Nathalie Delli-Colli, Ph.D., évaluatrice interne  
Dominique Lorrain, Ph.D., évaluatrice interne  
Audrey Gonin, Ph.D., évaluatrice externe

Doctorat en gérontologie  
Faculté des Lettres et des sciences humaines

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1.0 PROBLÉMATIQUE : TRAVAIL SOCIAL ET STANDARDISATION EN CONTEXTE DE RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS DESTINÉS AUX PERSONNES AGÉES .....	4
1.1 Contexte sociodémographique québécois et réforme des services sociosanitaires destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie .....	4
1.2 Intégration, standardisation et régulation des pratiques professionnelles .....	6
1.3 Éléments de mise en contexte : performance clinique et managériale dans les orientations politiques sociosanitaires québécoises .....	10
1.3.1 Réforme de 2003 et perspective domicilo-centriste .....	10
1.3.2 Réforme de 2003, reddition de comptes et indicateurs de performance.....	13
1.3.3 Réformes de 2003 et standardisation des pratiques professionnelles.....	15
1.4 Dimensions conceptuelles de la standardisation.....	18
1.4.1 L'autonomie comme capacité à jouer avec les règles.....	27
1.4.2 L'autonomie et la professionnalité : perspectives théoriques sur les professions ....	30
1.4.3 L'autonomie professionnelle et son inscription organisationnelle .....	34
1.4.4 L'autonomie professionnelle comme exercice du jugement professionnel .....	36
1.5.1 Logique de performance managériale. Les fondements néolibéraux des réformes sociosanitaires .....	40
1.5.2 Logique de performance clinique. La relative standardisation des pratiques professionnelles .....	42
1.5.2.1 Les origines du mouvement des résultats probants.....	43
1.5.2.2 La diffusion des connaissances et les guides de pratique .....	47
1.5.2.3 La perspective evidence-based et les politiques sociosanitaires .....	48
1.6 Le rapport des travailleurs sociaux à la standardisation en contexte de RSIPA : recension des écrits.....	52
1.6.1 Le rapport du travail social à la standardisation .....	53
1.6.2 Le rapport du travail social à la managérialisation.....	55
1.6.3 Le rapport du travail social aux pratiques fondées sur les résultats probants.....	57
1.6.3.1 Les arguments des promoteurs .....	58
1.6.4 Le rapport du travail social à la gestion de cas comme composante des réseaux intégrés de services destinés aux personnes âgées.....	62
1.7 Notre questionnement de recherche .....	65

2.0 CADRE THÉORIQUE .....	68
2.2 Premier plan théorique. La standardisation comme processus de régulation .....	70
2.2.1 <i>Systèmes sociaux et règles</i> .....	70
2.2.2 <i>Le maintien des règles</i> .....	72
2.2.3 <i>La règle comme produit d'un processus de régulation permanent</i> .....	75
2.3 Deuxième plan théorique. L'usage des outils cliniques standardisés .....	79
2.3.1 <i>La sociologie des usages</i> .....	79
2.3.2 <i>La composition technique de Néliste</i> .....	85
2.3.2.1 <i>Premier niveau de la composition technique : les outils</i> .....	86
2.3.2.2 <i>Deuxième niveau de la composition technique : les savoir-faire et les méthodes</i> .....	88
2.3.2.3 <i>Troisième niveau de la composition technique : les technologies</i> .....	89
3.1. Stratégies d'acquisition.....	92
3.1.1 <i>Les fondements épistémologiques de l'étude</i> .....	92
3.1.2 <i>La place du langage dans les professions relationnelles</i> .....	96
3.1.3 <i>Ergonomie cognitive</i> .....	99
3.1.4 <i>L'étude de cas</i> .....	103
3.2 Construction du cas et échantillon.....	111
3.3 Stratégies d'observation .....	115
3.3.1 <i>Collecte I : Collecte documentaire</i> .....	117
3.3.2 <i>Collecte II : Observation in situ de l'activité des intervenantes sociales</i> .....	118
3.3.2.1 <i>Opérationnalisation de l'observation in situ de l'activité</i> .....	119
3.3.3 <i>Collecte III : Entretiens semi-directifs sur le sens de la standardisation</i> .....	122
3.3.3.1 <i>Opérationnalisation des entretiens semi-directifs</i> .....	123
3.3.4 <i>Collecte IV : Entretiens sur l'activité de travail</i> .....	124
3.3.4.1 <i>Première phase des entretiens sur l'activité : le procédural de l'action</i> .....	128
3.3.4.2 <i>Deuxième phase des entretiens sur l'activité : les informations satellites de l'action</i> .....	130
3.4 Stratégies d'analyse.....	132
3.4.1 <i>Traitement des données préalable à l'analyse</i> .....	132
3.4.2 <i>Fiabilité et validité du codage</i> .....	133
3.5. Considérations éthiques.....	135
4.0 RÉSULTATS .....	137
4.1 Contextualisation de l'activité des IS : prescriptions générales et contextes organisationnels singuliers .....	140

4.1.1	<i>Le modèle PRISMA et ses composantes</i> .....	141
4.2	<b>Mise en contexte de l'activité des IS du point de vue du prescrit</b> .....	146
4.2.1	<i>Prescrit relatif au CSSS A</i> .....	147
4.2.1.1	<i>Palier régional</i> .....	147
4.2.1.2	<i>Palier local</i> .....	152
4.2.2	<i>Prescrit relatif au CSSS B</i> .....	154
4.2.2.1	<i>Palier régional</i> .....	154
4.2.2.2	<i>Palier local</i> .....	157
4.2.3	<i>L'analyse des contextes de pratique</i> .....	160
4.2.3.1	<i>Contexte organisationnel au CSSS A</i> .....	162
4.2.3.2	<i>Contexte organisationnel du CSSS B</i> .....	164
4.3	<b>Rapport des IS à l'usage des outils standardisés</b> .....	168
4.3.1	<i>Les directives, une forme générale d'outils standardisés</i> .....	173
4.3.1.1	<i>Mouvements de standardisation au CSSS A</i> .....	177
4.3.1.2	<i>Mouvements de standardisation au CSSS B</i> .....	180
4.3.3.4	<i>Le rapport à la plainte, ou quand la dérogation aux outils standardisés devient explicite</i> .....	228
4.3.3.5	<i>La tricherie, une forme de dérogation implicite aux outils standardisés</i> .....	232
4.3.3.6	<i>Faire jouer le jugement professionnel pour se dégager une marge d'autonomie</i> .....	234
4.3.3.7	<i>La complexité clinique comme point de bascule entre contrainte et habilitation dans l'usage de l'OEMC</i> .....	239
4.3.4	<i>Les outils de planification de l'intervention</i> .....	244
4.3.4.1	<i>L'usage des PSI au CSSS A</i> .....	245
4.3.4.2	<i>L'usage des PSI au CSSS B</i> .....	247
4.3.4.3	<i>La résistance à l'usage de PI-PSI comme difficulté à penser proaction et coaction</i> .....	251
4.3.4.4	<i>Les plans d'intervention comme moyen de coercition</i> .....	253
4.3.5	<i>Les outils émergeant des besoins cliniques</i> .....	257
4.3.6	<i>La plateforme informatique RSIPA comme outil et technologie</i> .....	268
4.3.6.1	<i>Le dispositif technologique RSIPA</i> .....	269
4.3.6.2	<i>L'usage du RSIPA au CSSS A</i> .....	272
4.3.6.3	<i>L'usage du RSIPA au CSSS B</i> .....	279
4.4	<b>Les déterminants structureaux de l'activité des IS et les formes de standardisation qui en découlent</b> .....	288
4.4.1	<i>Rapport des IS aux limites des ressources du réseau</i> .....	290
4.4.2	<i>Rapport des IS au milieu de vie des personnes âgées</i> .....	295
4.4.3	<i>Rapport des IS à l'hôpital</i> .....	300
4.4.3.1	<i>Un choc dans la temporalité et le déploiement temporel de l'activité</i> .....	303

4.4.3.2 <i>Les assises de la légitimité des IS face aux acteurs hospitaliers</i> .....	312
4.4.4 <i>Déterminant structuraux de la planification hebdomadaire de l'activité</i> .....	316
4.4.5 <i>Rapport des IS à la logique d'efficacité managériale</i> .....	324
5.0 CONCLUSION .....	335
5.1 Les formes de standardisation émergentes en contexte de RSIPA.....	336
5.2 La participation des travailleurs sociaux au processus de régulation des pratiques professionnelles.....	340
5.3 Le caractère habilitant et contraignant des outils standardisés .....	359
5.4 Forces et limites de notre étude.....	365
5.5 Conclusion générale sur le rapport des IS à la standardisation en contexte de RSIPA .....	370
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	372
ANNEXES.....	390

## LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

TABLEAU I :	Principes des pratiques autonomes et des pratiques fondées sur les résultats probants.....	52
FIGURE I :	Typologie du rapport entre le social et la technique.....	90
TABLEAU II :	Profil professionnel des intervenantes sociales recrutées.....	113
TABLEAU III :	Déroulement chronologique des collectes réalisées .....	116
TABLEAU IV :	Thématiques abordées durant l’entretien semi-directif.....	124
FIGURE II :	Dimensions de la verbalisation de l’activité.....	126
TABLEAU V :	Catégories conceptuelles saillantes observées lors d’une visite à domicile.....	210
FIGURE III :	Sources de régulation de contrôle externes aux CSSS.....	351

« Chaque fois qu'on cite un écrivain pour appuyer une affirmation, on feint d'oublier qu'il y en a des centaines d'autres, tous aussi prestigieux, qui ont écrit le contraire. » (Dany Laferrière, *Un écrivain en pyjama*, 2013, p. 146)



## Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de thèse, le professeur Yves Couturier pour son soutien intellectuel constant et ses multiples encouragements tout au long de ce long processus de rédaction. Je remercie également mon codirecteur, le professeur Louis Demers pour ses lectures attentives et minutieuses et sa générosité à formuler des commentaires qui m'ont souvent amené à remettre l'épaule à la roue.

Je remercie chaleureusement tous mes collègues de bureau que j'ai côtoyés pendant mes études doctorales et en particulier mesdames Mylène Salles et Louise Belzile pour leur soutien et les échanges stimulants que nous avons tenus tout au long de la réalisation de ce projet. Je remercie également monsieur Julien Bélanger, transcripteur de mes entretiens et correcteur assidu des multiples versions de ma thèse.

Je tiens à remercier les intervenantes sociales des deux CSSS qui ont généreusement accepté de participer à mon étude, malgré une charge de travail importante. Sans leur participation, la rédaction de cette thèse n'aurait pas été possible.

Je remercie mes évaluatrices, les professeures Nathalie Delli-Colli, Audrey Gonin et Dominique Lorrain. Votre engagement à lire près de 400 pages et à commenter ma thèse dans un très court délai a été grandement apprécié.

Je remercie particulièrement ma conjointe, Caroline pour son soutien, ses multiples encouragements et sa très, très grande patience devant un projet dont la conclusion a souvent été reportée.

Enfin, je souligne le soutien financier du Conseil de recherches en sciences humaines, des Instituts de recherche en santé du Canada et du Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke. Sans leur contribution, je n'aurais probablement jamais entrepris ce projet.

## RÉSUMÉ

### **Problématique**

Les réformes du système québécois de la santé et des services sociaux débutées en 2003 visent à le transformer en profondeur. La mise en œuvre de réseaux intégrés de services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle s'inscrit dans ce mouvement de réformes. L'intégration des services nécessite toutefois des changements importants dans les modalités de régulation des systèmes sociosanitaires afin d'être en mesure d'assurer une meilleure réponse aux problèmes multidimensionnels et chroniques des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle vivant à domicile. La standardisation des pratiques professionnelles vise ainsi à réguler l'action des multiples acteurs et organisations concernés par la prise en charge des problèmes sociosanitaires. Nous avons analysé le contexte politique dans lequel s'inscrit ce mouvement de standardisation au moyen de deux logiques de performance. La première, la logique managériale, correspond à l'adoption par l'État social de principes néolibéraux s'inscrivant dans la nouvelle gestion publique. La deuxième logique, dite clinique, est construite autour de la standardisation des pratiques professionnelles par l'entremise des pratiques fondées sur des résultats probants. L'arrimage parfois complémentaire et parfois contradictoire entre ces deux logiques rend le débat sur la standardisation des professions particulièrement complexe, particulièrement dans les métiers relationnels comme le travail social (TS). Pour ses promoteurs, la standardisation fait en sorte de rendre le travail social plus scientifique et plus rationnel ce qui constitue un gage de qualité, d'efficacité et d'efficience. Pour ses détracteurs, la standardisation se présente comme une menace à l'autonomie des TS. Elle est considérée comme une attaque contre le praticien réflexif autonome qui n'est pas conciliable avec les fondements de la profession. Ainsi la compréhension du rapport des TS à la standardisation constitue un enjeu particulièrement important non seulement pour soutenir la mise en œuvre de réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées (RSIPA), mais aussi pour comprendre l'évolution en cours du travail social. L'usage d'outils cliniques standardisés s'accompagne de plusieurs formes de standardisations, soit des standards de conception, des standards terminologiques, des standards de performance et des standards procéduraux.

## **Objectifs**

L'objectif général de cette thèse est de comprendre le rapport des TS aux différentes dimensions de la standardisation de leur pratique professionnelle en contexte de RSIPA. Plus spécifiquement, nous voulons : 1) Décrire les formes de standardisation émergentes en contexte de RSIPA; 2) Dégager les éléments de contexte et les caractéristiques perçues des outils standardisés qui influent sur leur appropriation par les TS; 3) Éclaircir la participation des TS au processus de régulation des pratiques professionnelles; et 4) Repérer les composantes des outils standardisés qui agissent comme des conditions structurantes de la pratique et celles qui se caractérisent par leur adaptabilité.

## **Cadre théorique**

Cette thèse s'appuie sur deux perspectives théoriques complémentaires. La première, la théorie de la régulation sociale (Reynaud, 1997) nous permet d'analyser la standardisation comme un processus de régulation, afin de mettre à jour les ensembles de règles avec lesquelles les TS doivent composer ainsi que les adaptations et la part de jeu stratégique que l'on retrouve dans l'usage de ces règles. Notre deuxième perspective théorique, la sociologie des usages (Vedel, 1994), que nous en avons adaptée en appui sur la composition technique de Nélisse (1998) s'intéresse à l'activité sociale des acteurs relativement à leur utilisation des technologies. L'analyse des usages dans un contexte donné permet de comprendre de quelle manière les formes de standardisation qui accompagnent l'usage des outils cliniques standardisés peuvent potentiellement structurer la pratique professionnelle des TS, soit en la soutenant, soit en l'entravant.

## **Méthodologie**

Cette thèse s'appuie sur une méthodologie qualitative, compréhensive et exploratoire. En appui sur les principes de l'ergonomie cognitive (Falzon, 2004), nous avons examiné les prescriptions relatives aux usages des outils cliniques avec les usages de ces outils standardisés dans l'activité des intervenantes sociales (IS) formées en travail social. Nous avons opté pour une étude de cas multiples imbriquée comportant deux cas, en l'occurrence les équipes de programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), dans deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) où ont été implantés des réseaux de services intégrés destinés aux

personnes âgées. Dans le premier, la mise en œuvre des RSIPA était à ses débuts alors que dans le deuxième, l'implantation était plus ancienne. Dans chacun des cas, quatre IS ont été recrutées. Nous avons triangulé quatre collectes de données distinctes et complémentaires soit une collecte de type documentaire pour chacun des deux cas. Avec chacune des IS, nous avons effectué trois jours d'observations directes de leur activité; un entretien compréhensif sur le sens général de la standardisation dans leur pratique; un entretien de type explicitation portant sur leur usage de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) dans un contexte particulier et un entretien compréhensif rétrospectif. Nous avons progressivement condensé et codé nos données en nous appuyant sur une stratégie de codage mixte.

### *Les formes de standardisation émergentes en contexte de RSIPA*

Le rapport des IS aux outils standardisés comporte deux valences. La valence positive se manifeste lorsque les outils standardisés peuvent soutenir l'exercice du jugement professionnel des IS tout en préservant leur autonomie décisionnelle concernant les actions à mener dans leurs activités. Ainsi les IS ne manifestent pas de résistance particulièrement significatives par rapport aux formes de standardisation procédurales, conceptuelles et terminologiques qui accompagnent le modèle d'intégration de services implanté dans les deux CSSS à l'étude parce que globalement, ces formes de standardisation laissent une marge d'autonomie suffisante pour adapter les règles afin de répondre aux contingences cliniques propres aux situations singulières avec lesquelles elles doivent composer dans leur pratique. Nous avons cependant constaté que le mouvement de standardisation qui accompagne la mise en œuvre des RSIPA a été nettement érodé par un mouvement de standardisation des résultats qui découle de la logique de performance managériale notamment en contexte de reddition de compte. Ce dernier mouvement a en effet engendré des distorsions dans le premier. En ce sens, la standardisation des résultats se présente comme une contrainte sensiblement plus forte sur l'activité des IS que la standardisation procédurale associée à l'usage des outils standardisés RSIPA.

### *La participation des TS au processus de régulation des pratiques professionnelles*

Nos résultats montrent une adhésion de principe des IS à la régulation de contrôle. Cette adhésion s'explique par la nature même des règles qui encadrent leur activité prudentielle.

Puisque ces règles générales nécessitent d'être constamment interprétées à la lumière du jugement professionnel en jeu dans chacune des situations cliniques singulières, l'activité routinière des IS vise moins à les contourner qu'à les adapter dans les limites prévues dans l'espace de jeu autorisé. En ce sens, ce n'est que dans certaines circonstances que les IS expriment une résistance par rapport à la régulation de contrôle interne à leur organisation. C'est plutôt par rapport aux contraintes engendrées par certaines formes de régulation de contrôle externe que s'exprime cette résistance parce que ces dernières sont en mesure de peser significativement sur la régulation de l'activité des IS. Ainsi, la logique de performance managériale qui s'exerce à travers la reddition de comptes a pour effet d'entacher la portée des sources traditionnelles de régulation et de modifier les rapports de force entre les acteurs au sein des CSSS. En outre, la capacité régulatrice de certaines instances externes, comme l'hôpital, des mécanismes de plaintes utilisés par les usagers ou de certification de la qualité, est renforcée par le fait que ces instances sont médiatrices de formes de régulation de contrôle externe, comme la logique de performance managériale ou par des effets de médiatisation. Tous les acteurs de la hiérarchie en viennent ainsi à composer avec les régulations de contrôle pour répondre aux contraintes qui s'exercent sur eux ce qui se traduit dans un processus réflexif de régulation marqué par le jeu des uns et des autres, par des micro-déviances, ainsi que par des arrangements locaux.

Étant donné que la régulation de contrôle autorise une marge d'autonomie importante, la régulation autonome paraît d'une certaine manière moins prégnante, voire moins nécessaire pour réguler l'activité des IS. Les formes de régulation autonome que nous avons mise à jour se déclinent en deux espaces d'autonomie distincts que les IS veulent préserver. Le premier, *l'espace d'autonomie professionnelle* a pour objet la capacité d'action générale des IS dans leur activité professionnelle et est donc transversal à l'ensemble de leur activité. Le second, *l'espace d'autonomie de la singularité clinique*, porte sur la marge d'autonomie des IS au regard de leur activité d'intervention auprès des usagers. Cet espace constitue une sorte de non-lieu normatif, non pas parce qu'aucune règle n'y régule les actions, mais bien parce que les règles qui y jouent se situent en partie en dehors du champ d'influence de l'ensemble des forces de standardisation agissant sur l'activité des IS.

La régulation conjointe apparaît lorsque la négociation prend place à l'extérieur des limites de l'espace de jeu autorisé par les règles existantes ou que, au terme de la négociation, ces limites sont modifiées. La majorité des compromis observés ne se traduisent pas forcément sous une forme écrite et contractuelle. Certains d'entre eux se présentent comme une adaptation locale et circonstanciée et prennent la forme *de régulations conjointes ad hoc* alors que d'autres, les *régulations conjointes institutionnalisées*, s'inscrivent davantage dans la durée. Ces dernières se manifestent autour de situations cliniques pour lesquelles les règles existantes s'avèrent insuffisantes à réguler l'activité. Dans ces conditions, les négociations entre les acteurs visent à redéfinir les nouvelles limites de l'espace de jeu. Ce processus est alimenté par le cumul jurisprudentiel de chacune des situations singulières collectivisées. Les règles ainsi produites ne s'inscrivent jamais de manière dyschronique par rapport aux aspects de l'activité des IS qu'elles doivent réguler, ce qui tend à renforcer le caractère pérenne de leur capacité régulatrice.

#### *Le caractère habilitant et contraignant des dispositifs informatiques*

Il est difficile de comprendre la capacité régulatrice d'un dispositif informatique comme la plateforme RSIPA que l'on retrouve en PALV, en examinant uniquement ses paramètres de conception. L'analyse de ses usages en contexte s'avère indispensable. Des dispositifs informatiques comme le RSIPA possèdent la capacité d'inscrire l'intervention clinique dans un ensemble de procédures sous-jacentes, qui peuvent être plus ou moins explicites, mais qui ont la capacité d'engendrer une certaine standardisation des activités, qui peut être simultanément procédurale, terminologique et conceptuelle. Ces dispositifs informatiques détiennent ainsi la capacité d'opérer une médiation des régulations de contrôle dont ils sont porteurs. Bien qu'ils limitent l'espace de jeu clandestin, ces dispositifs ne sont pas en mesure d'enrayer complètement la capacité des IS à jouer avec les règles, notamment parce qu'ils se prêtent à des tricheries de leur part. Néanmoins, la capacité de ces plateformes informatiques à se comporter comme des *instances de visualisation de l'activité* peut réduire la capacité des IS à jouer et à déjouer les règles. Or, ces formes de déviance leur permettent de composer avec l'ensemble des contingences auxquelles elles sont confrontées dans leur pratique professionnelle. Cette bivalence dans l'usage de ces dispositifs informatiques soulève des

enjeux relativement à leur conception afin de favoriser les meilleurs arrimages possible entre leurs fonctions cliniques et administratives.

## INTRODUCTION

La réforme du système québécois de la santé et des services sociaux, débutée en 2003, vise à le transformer en profondeur, comme en témoigne le mouvement d'intégration des services destinés aux personnes âgées en cours actuellement. L'intégration des services nécessite des changements paradigmatiques très importants dans la régulation des systèmes sociosanitaires. La standardisation vise à réguler l'action des multiples acteurs et organisations concernés par la prise en charge des problèmes de santé et des problèmes sociaux. En même temps que la standardisation des pratiques professionnelles paraît de plus en plus nécessaire, ou, à tout le moins, légitimée du point de vue des décideurs publics, elle rencontre une résistance importante de la part des professionnels, qui y voient une menace à leur autonomie.

Les travailleurs sociaux se situent au cœur des réformes visant à mieux intégrer les services destinés aux personnes âgées, en appui notamment sur une relative standardisation de leur pratique. Ils ont un rôle central à jouer dans la coordination des services nécessaires à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Plus que d'autres, les travailleurs sociaux entretiennent toutefois un rapport méfiant à la standardisation de leur pratique professionnelle. Pourtant, leur participation active est requise, de sorte que la compréhension de leur rapport au mouvement de standardisation qui accompagne cette réforme constitue une problématique particulièrement importante non seulement pour en soutenir la mise en œuvre concrète, mais aussi pour comprendre l'évolution en cours du travail social.

Nous considérons que cette discipline ne peut éluder la réflexion sur les enjeux relatifs à ce mouvement de réforme. Dans le cadre de notre thèse, plutôt que de se cantonner, voire



s'enfermer dans un positionnement quel qu'il soit, nous proposons plutôt de problématiser diverses dimensions de la standardisation en mettant en dialogues plusieurs perspectives théoriques et en triangulant divers matériaux empiriques. Nous prôtons ainsi une posture pragmatique en soutenant que nous pouvons difficilement attribuer une valence intrinsèque et univoque à la standardisation ou à la question de l'autonomie que cette dernière met en lumière. De notre point de vue, c'est par l'intermédiaire de l'analyse de l'activité en contexte des acteurs, et particulièrement de l'usage qu'ils font d'outils standardisés, que cette valence complexe peut se révéler dans toutes ses dimensions. Cette position que nous adoptons explique l'usage du terme *rapport* dans le titre de notre thèse, ce terme montrant une relation dynamique entre deux entités.

La présentation de notre problématique suivra le plan suivant. En premier lieu, nous nous emploierons à retracer l'émergence de l'intégration des services dans le contexte sociodémographique et le cadre général des réformes sociosanitaires en cours au Québec depuis 2003, puis nous montrerons les liens conceptuels entre les notions d'intégration des services et de standardisation et de régulation des pratiques professionnelles. Dans un deuxième temps, nous baliserons conceptuellement la notion de standardisation et son rapport à l'autonomie professionnelle. En troisième lieu, nous illustrerons le fait que ce mouvement de réforme prend forme dans un contexte de changement profond dans la régulation des systèmes sociosanitaires. Nous examinerons ces changements à la lumière de deux logiques générales induites par nos lectures, soit une logique de performance clinique et une logique de performance managériale. Dans la quatrième et dernière partie, nous présenterons une recension des écrits scientifiques portant sur le rapport des travailleurs sociaux à la standardisation en contexte de réseau de services intégrés destinés aux personnes âgées.

Enfin, en conclusion à notre problématique, nous introduirons nos questions et objectifs de recherche.

## 1.0 PROBLEMATIQUE : TRAVAIL SOCIAL ET STANDARDISATION EN CONTEXTE DE RESEAU DE SERVICES INTEGRES DESTINES AUX PERSONNES AGEES

### 1.1 Contexte sociodémographique québécois et réforme des services sociosanitaires destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie

L'analyse de l'évolution de la démographie québécoise montre que la population est vieillissante. En 2011, le Québec comptait plus d'un million de personnes âgées de 65 ans et plus, et ce nombre dépassera les deux millions d'ici 2028 (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2009 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2008). Ce vieillissement général de la population marque le renversement de la pyramide des âges, caractérisé par la forte natalité de l'après-guerre (le *baby-boom*), suivie d'une importante chute de fécondité au cours des années 1960. En effet, de 2013 à 2033, la population des moins de 20 ans ne croîtra que de 4 % pendant que celle des 20-64 ans diminuera de 4 % (MSSS, 2013). De plus, l'amélioration générale des conditions de vie fait en sorte que le nombre de personnes âgées augmente en raison des avancées survenant dans le domaine médical (Berkman, 2005; Hébert, 2006; MSSS, 2005). Il en va de même du nombre de personnes très âgées, c'est-à-dire vivant au-delà de 85 ans, qui s'accroît à un rythme très rapide (Lefebvre et Soderstrom, 2000). Ainsi, durant les deux prochaines décennies, l'accroissement du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus sera de 107 % (MSSS, 2013)<sup>1</sup>. Or, le prolongement de la durée de vie vers le très grand âge est associé à une prédominance de pathologies particulières, caractérisées par leur chronicité et leur caractère multidimensionnel. L'Organisation mondiale de la Santé (2002) estime que près de 60 % des décès et 43 % de la morbidité totale sont causés par des maladies

---

<sup>1</sup>Selon le livre blanc *L'autonomie pour tous* sur la création d'une assurance autonomie, « à partir de 2026, il y aura en moyenne 16 000 personnes de plus chaque année dans l'effectif des 85 ans et plus, alors qu'actuellement la croissance annuelle moyenne n'est que de 6 000 personnes. Le phénomène est en accéléré et il ne faut que 30 ans pour voir doubler la proportion de personnes de 65 ans et plus dans l'ensemble de la population » (MSSS, 2013, p. 12).

chroniques. Ces dernières sont entrecoupées d'épisodes de soins aigus et engendrent des limitations physiques, des pertes d'autonomie fonctionnelle et des déficits cognitifs, ce qui modifie la nature des services requis et accentue la complexité des interventions nécessaires pour répondre aux besoins des personnes atteintes de problèmes de santé chroniques (Breton, Lévesque, Pineault, Lamothe, et Denis, 2008). En outre, les problèmes engendrés par les maladies chroniques modifient la temporalité des soins en les inscrivant dans une perspective longitudinale et multidimensionnelle plutôt que dans une perspective de soins épisodiques et ciblés qui sont propres à une population plus jeune.

Le vieillissement démographique a ainsi provoqué une remise en cause relative de la pertinence du modèle hospitalo-centrique, plus efficace pour soigner des pathologies aiguës caractéristiques d'une société jeune, au profit d'un modèle de soutien à domicile des personnes âgées<sup>2</sup>, qui dispense des services au lieu même de leur résidence (Hébert, 2006). Par ailleurs, le virage vers le domicile traduit également une transformation plus fondamentale de la façon de concevoir les services, notamment en termes de maintien de l'autonomie des personnes, de prophylaxie des maladies nosocomiales et d'humanisation des soins.

---

<sup>2</sup> On associe souvent le vieillissement général de la population à un accroissement important des coûts des soins de santé et sociaux. Selon ce point de vue, ce vieillissement engendrerait une pression importante sur les finances publiques, pression qui légitimerait l'adoption de tout un train de réformes. D'après le plan d'action 2005-2010 portant sur les services aux aînés, « 42 % des ressources financières allouées aux soins de santé et aux services sociaux étaient utilisées par les personnes âgées, dont 10 % par les personnes très âgées, alors que ces groupes forment respectivement 13 % et 1 % de la population » (MSSS, 2005, p.15). Toutefois, même si le vieillissement global de la population contribue à exercer une pression sur les finances publiques, il n'en constitue pas la principale cause (MSSS, 2008a). En effet, le vieillissement ne comptera que pour environ 1.5% dans la croissance annuelle moyenne prévisible de 6 % des dépenses publiques de santé au cours des 15 prochaines années (MSSS, 2008a). De même, plusieurs auteurs affirment que l'impact économique du vieillissement a été largement surévalué (Quesnel-Vallée et Soderstrom, 2008). Pour sa part, Hébert (2006) affirme que le vieillissement ne serait que la quatrième cause d'augmentation globale du coût des soins de santé. En fait, ce serait plutôt l'évolution des coûts des médicaments, l'usage coûteux et inadéquat de certaines technologies et l'utilisation inappropriée de l'hôpital qui représenteraient la part la plus importante de la croissance des coûts.

À ces enjeux cliniques et démographiques se greffent des enjeux de fragmentation de services attribuables la structure même du système sociosanitaire (Contandriopoulos, 2001). La fragmentation, au sens où l'entendent Demers et ses collègues, où l'« individualisme organisationnel » (2002, p. 77) entraîne des bris de continuité, des silos budgétaires et cliniques, des résistances à la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, de même que des problèmes cliniques tels que la déshumanisation des services, occasionnée par l'incohérence de l'action des professionnels, notamment en ce qui concerne les cas multi-problématiques (Johri, Béland et Bergman, 2003; Smith, 1998). De surcroît, le virage domicilo-centrique a pour effet d'accroître la fragmentation des services puisqu'un plus grand nombre d'acteurs, se rattachant à divers systèmes normatifs, sont appelés à intervenir à domicile (Mui, 2001).

## **1.2 Intégration, standardisation et régulation des pratiques professionnelles**

C'est dans la mouvance des enjeux présentés plus haut que la notion d'intégration des services est apparue au Québec (Béland, Bergman, Lebel et Clarfield, 2006; Hébert *et al.*, 2004). L'intégration des services<sup>3</sup> et son opérationnalisation en réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées (RSIPA)<sup>4</sup> se présente comme une réponse aux besoins des populations dans un contexte de fragmentation de services. Selon Kodner et Spreeuwenberg, l'intégration permet des améliorations dans les domaines suivants « *quality of care and quality of life*,

---

<sup>3</sup> De nombreux auteurs renvoient à l'intégration en utilisant la notion d'*intégration des soins*. Selon nous, ceci illustre bien les fondements médico-centrés de l'intégration, du moins à ses débuts. Pour la suite de notre propos, nous emploierons l'expression *intégration des services*, laquelle nous semble plus adéquate puisque, dans une perspective intégrative, les acteurs qui prodiguent des soins médicaux, paramédicaux ou psychosociaux de même que les acteurs communautaires, notamment ceux issus de l'économie sociale, participent tous, à des degrés divers, au maintien de l'autonomie des personnes. Ainsi, pour nous, les soins constituent une sous-dimension des services.

<sup>4</sup>Pour la suite du texte, nous destinerons le terme *intégration* à un usage surtout conceptuel alors que l'expression *réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées* (RSIPA) sera destinée à des aspects relatifs à l'opérationnalisation et à la mise en œuvre de l'intégration.

*consumer satisfaction and system efficiency for patients with complex, long term problems cutting across multiple services, providers and settings* » (2002, p. 3).

Pour ce faire, l'intégration des services nécessite des changements paradigmatiques très importants dans la gouvernance des systèmes sociosanitaires. En termes généraux, la gouvernance est constituée par « un ensemble de processus qui permettent l'action collective dans une situation donnée de recomposition de l'État et de l'action publique » (Gaumer et Fleury, 2007, p. 4). L'idée de gouvernance fait référence à la planification, à la conduite et à l'évaluation des actions d'un collectif à partir d'une position d'autorité (Contandriopoulos, 2008). Par conséquent, la gouvernance suppose une capacité de réguler l'action collective des divers acteurs en présence dans le système sociosanitaire. Pour Contandriopoulos (2008), la régulation du système de santé et des services sociaux présente un caractère complexe et ne peut reposer que sur le travail des gouvernants parce qu'elle confronte à des degrés divers les logiques professionnelles, technocratiques, démocratiques et marchandes portées par les divers acteurs. Il en découle que la gouvernance du système de santé et de services sociaux a pour enjeu d'organiser des espaces d'expression permettant de réguler les diverses tensions susceptibles de se manifester entre les acteurs prétendant à la gouvernance. Ainsi, la nécessité de coordonner l'ensemble des acteurs et des structures responsables de la prise en charge de personnes requérant des services de santé se retrouve dans les principales définitions de l'intégration. Pour Kodner et Kyriacou, l'intégration des soins se définit comme « *a discrete set of techniques and organisational models designed to create connectivity, alignment, and collaboration within and between the cure and care sectors at the funding, administrative and/or provider levels* » (2000, p. 1). Pour Leutz, il s'agit plutôt de « *the search to connect the health care system (acute, primary medical, and skilled) with other human service systems*

*(e.g., long-term care, education, and vocational housing services) in order to improve outcomes (clinical, satisfaction, and efficiency) » (1999, p. 78).*

En ce sens, suivant Contandriopoulos et ses collaborateurs, l'intégration des soins peut être définie dans les termes suivants:

Un processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001, p. 41).

Selon nous, cette dernière définition présente l'intégration comme un mécanisme de régulation, ce qui importera pour la suite de notre propos.

L'implantation de dispositifs intégrateurs est souvent réalisée par des solutions globales et formalisées qui sont assujetties à une planification du changement de type *top-down* et qui négligent le rôle des acteurs cliniques (Demers, Dupuis et Poirier, 2002). Or, ces réformes, bien qu'elles visent à renforcer la cohérence du système, espèrent aussi créer des micro-efficacités professionnelles et influencer directement les comportements individuels des divers acteurs cliniques au moyen de dispositifs qui orientent leurs choix vers des pratiques estimées plus efficaces (Pomey et Dubois, 2007). À cette fin, une certaine standardisation est promue par les concepteurs des dispositifs intégrateurs. Or, l'analyse de l'histoire récente des fusions organisationnelles résultant de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (Assemblée nationale du Québec [ANQ], 2003) montre éloquentement que l'intégration structurelle<sup>5</sup> ne conduit pas forcément à

---

<sup>5</sup> L'intégration structurelle (Fleury, 2007) vise la réorganisation des frontières organisationnelles au moyen de fusions ou de regroupements d'organisations dans une même entité légale en vue de simplifier leur structure

l'intégration clinique<sup>6</sup>. De fait, malgré l'ampleur du chantier des fusions ayant eu cours dans la foulée de la promulgation de cette loi, le véritable enjeu de l'intégration des services demeure encore l'intégration clinique (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez et Pineault, 2008; Demers et Pelchat, 2013; Gaumer et Fleury, 2007). Pour aller dans ce sens, les réformes associées à l'intégration des services doivent s'incarner dans des mécanismes de régulation des pratiques professionnelles. Pour l'instant, la régulation est ici conçue comme « un moyen visant à assurer le bon fonctionnement d'un système et le maintien de son équilibre. Elle a pour but, avec la mise en œuvre d'une série de mécanismes, d'éviter la dérive par rapport aux objectifs poursuivis par ce système » (Rousseau et Cazale, 2007, p. 23).

Le principe de régulation que constitue l'intégration des services cherche à corriger des lacunes du système de la santé et des services sociaux, notamment en ce qui a trait à la continuité des services dispensés à la population et, sur un plan systémique, à accroître l'efficacité et l'efficience de ces services. Selon le document *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (2004b), l'intégration se présente comme un moyen d'améliorer la performance du système en offrant aux « citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et

---

administrative, notamment en évitant les duplications d'actions. Elle repose sur le postulat voulant qu'en modifiant la structure interne d'une organisation, on puisse influencer sur le fonctionnement des divers acteurs qui la composent (Mintzberg, 1982).

<sup>6</sup>L'intégration clinique (Demers et Lavoie, 2007; Fleury, 2002), appelée également intégration des soins (Contandriopoulos *et al.*, 2001), est une dimension centrale de toute intégration (Fleury, 2002) et la raison d'être des autres dimensions de l'intégration (Demers et Lavoie, 2007). Elle consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé de chaque personne et « à s'assurer que les services fournis par les différents professionnels, dans différents lieux ou organisations, s'articulent dans le temps aux besoins spécifiques de chaque personne » (Contandriopoulos *et al.*, 2001, p. 45). L'intégration clinique peut être horizontale et « s'effectuer entre les différents services offerts pour un même épisode de soins », ou verticale, et prendre place « entre les divers épisodes de soins » (Fleury, 2007, p. 162). Cette intégration peut être soutenue par plusieurs stratégies, dont les plans d'intervention, les protocoles de traitement ou la gestion de cas (Fleury, Grenier et Ouadahi, 2007).



sans rupture » (MSSS, 2004b, p. 7). Elle permet de rendre les acteurs imputables de leurs interventions en « mobilisant les cliniciens », en favorisant « l'esprit d'initiative » et le « dynamisme » chez les gestionnaires et en encourageant « l'engagement et la responsabilité de chacun » (MSSS, 2004b, p. 7). Le concept d'intégration constitue aussi un excellent analyseur de l'évolution de l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec.

Dans les lignes qui suivent, nous en retraçons l'apparition au fil de l'évolution de quelques politiques publiques récentes mais centrales au Québec dans le domaine de la santé et des services sociaux pour la clientèle âgée en perte d'autonomie. Nous verrons, dans les orientations ministérielles, en quoi le thème de l'intégration est associé à la fois à une perspective domicilo-centrique et à un virage vers la performance.

### **1.3 Éléments de mise en contexte : performance clinique et managériale dans les orientations politiques sociosanitaires québécoises**

#### ***1.3.1 Réforme de 2003 et perspective domicilo-centriste***

En 2001, le rapport rendu par la Commission Clair, intitulé *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, préconise dans sa sixième recommandation la création de réseaux intégrés de services destinés à certaines clientèles pour lesquelles l'organisation des services se révèle particulièrement complexe, notamment les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette recommandation s'accompagne de la proposition d'accroître « l'offre et l'intensité des services à domicile » (MSSS, 2001, p. SX 1). D'une certaine manière, le virage ambulatoire, entamé au milieu des années 1990, a préparé l'émergence de la réflexion sur l'intégration des

services. Ce virage consiste à réorienter les services vers le domicile, par exemple en favorisant des services de courte durée ou des chirurgies d'un jour plutôt qu'en dispensant ces services en milieu hospitalier. En 2003, la publication de la politique de soutien à domicile, présentée dans le document *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile* (MSSS, 2003), sous l'égide du Parti québécois, puis sa révision en 2004, après l'élection du Parti libéral, et sa présentation dans le document *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile* (MSSS, 2004a), s'inscrivait d'ailleurs dans la mouvance du virage ambulatoire. Cette politique établit clairement la prépondérance du domicile comme principal lieu de prise en charge des personnes âgées au détriment de l'institutionnalisation ou de l'hospitalisation de ces dernières, comme l'affirmait la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux* : « Tous les intervenants des services de santé et des services sociaux doivent contribuer à l'objectif de soutien à domicile, qui constitue le fondement même de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » (ANQ, 2003, p. 5). Le virage vers le domicile a lui-même appelé la mobilisation de nombreux acteurs (publics, privés ou associatifs), qu'il faut bien entendu coordonner pour accroître l'efficacité d'ensemble du système, et ce, d'autant plus que la désinstitutionnalisation des soins a multiplié le nombre d'acteurs prestataires de services et le nombre de lieux de dispensation desdits services. De son côté, le document *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile* (MSSS, 2004a) s'arrime à la politique dévoilée dans *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (MSSS, 2004b). Mais, même si l'intégration des services occupe une place marginale dans la politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix* (MSSS, 2003), certaines composantes des RSIPA y figurent déjà.

Ainsi, le MSSS soutient l'adoption et l'utilisation généralisée de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), vu comme un instrument « standardisé, valide et fiable » (MSSS, 2003, p. 15).

D'autres mesures législatives ont accompagné et soutenu l'intégration des services. En effet, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (ANQ, 2003) et la *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (ANQ, 2004) marquent le début d'une période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux du Québec. La création des RSIPA devient l'assise d'un projet visant à mieux intégrer les services. La législation de 2003 « vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau » (ANQ, 2003, p. 2). Cette même loi conduira à la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au moyen de la fusion des missions et des budgets des Centres locaux de services communautaires (CLSC), des Centres d'hébergement et de soins longues durées (CHSLD) et des Centre hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), ce qui mènera à l'intégration de structures auparavant indépendantes au plan juridique.

Au moment du dépôt de cette thèse en avril 2015, de nouvelles réformes ont été entreprises dans le réseau de la santé et des services sociaux. À terme, le projet de loi 10, intitulé *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (ANQ, 2015), conduira à la création de nouvelles entités administratives, soit treize centres intégrés de santé et de services sociaux

(CISSS) et neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). En effet, cette nouvelle loi

modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques, afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau (ANQ, 2015, p. 2).

Bien qu'il soit trop tôt pour prédire avec certitude les effets de cette nouvelle loi sur la mise en œuvre de réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées, nous devons constater qu'il s'agit essentiellement d'une intégration structurelle dont les effets sur l'intégration clinique demeurent incertains, ce que confirment notamment le mémoire déposé par Contandriopoulos, Perroux, Brousselle et Breton (2014).

### ***1.3.2 Réforme de 2003, reddition de comptes et indicateurs de performance***

Dans la mouvance d'un virage vers la performance, la *Loi sur l'administration publique du Québec* (ANQ, 2000) énonçait les grands principes devant orienter la gestion des administrations publiques, dorénavant axée sur les résultats, en préconisant « l'utilisation optimale des ressources » et « la reddition de comptes qui porte sur la performance dans l'atteinte des résultats » (2000, article 1, alinéas 5 et 6). De même, la Commission Clair promeut l'efficacité, l'efficience et l'imputabilité des acteurs cliniques et décisionnels (MSSS, 2001, p. SX 1) dans ses principes directeurs. Selon le rapport rendu par cette commission:

Pour assurer la pérennité de notre système, il faut d'abord accepter que les ressources que la société québécoise, comme toutes les autres, peut consacrer à la santé et aux services sociaux, sont limitées. Cette acceptation conduit à deux obligations indéniables et indissociables : faire des choix et performer (MSSS, 2001, p. V).

Ce leitmotiv a été réitéré par le groupe de travail sur le financement du système de santé et de services sociaux, présidé par Claude Castonguay, dans le document *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent* (MSSS, 2008a). En fait, le Rapport Clair reprenait, dans leur formulation même, les recommandations émises par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2000), en particulier la nécessité de rendre plus performant le système de santé et de services sociaux: « [l'amélioration de la performance des systèmes de santé] est à la fois le thème principal et la raison d'être du rapport de l'OMS » (MSSS, 2000, p. 135). Quant à la notion d'imputabilité telle qu'énoncée dans le Rapport Clair, elle correspond « à l'obligation de rendre compte de ses interventions et du résultat de ses actions [...]. Gérer en fonction de résultats, c'est accepter de mesurer à partir d'indicateurs de performance modernes » (MSSS, 2000, p. 202).

Depuis la Commission Clair, les principes de performance et de reddition de comptes se présentent comme des leitmotifs dont on retrouve les traces dans les documents gouvernementaux traitant de l'intégration des services. En fait, le préambule du document *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* inscrit clairement ce projet « dans une dynamique de gestion axée sur les résultats » (MSSS, 2004b, p. 3), et « c'est sur la base des résultats attendus que se fera la reddition de comptes devant le gouvernement et la population » (MSSS, 2004b, p. 22). Ce nouveau mode d'organisation est soutenu par « les exigences relatives à l'imputabilité et la reddition de comptes » (MSSS, 2004b, p. 3). De même, toujours dans le sens de ce virage vers la performance, les réformes soutiennent le principe d'une plus grande marge de liberté au niveau local dans la mise en œuvre des moyens et l'obligation de rendre compte des résultats

obtenus. Ainsi, selon Gaumer et Fleury (2007), nous assistons à une décentralisation administrative qui se combine avec une centralisation politique passant par l'instauration de standards et la reddition de comptes.

Ce mode de gestion axé sur les résultats s'appuie sur le développement d'indicateurs qui correspondent à des « cibles mesurables [...] concernant l'accessibilité des services, leur qualité, leur coût et leurs effets sur la santé » (MSSS, 2004b, p. 22) et qui sont eux-mêmes supportés par « des systèmes d'information facilitant la circulation de données cliniques et renforçant la gestion par résultats » (MSSS, 2004b, p. 20). Sur le plan clinique, la mise en place d'indicateurs standardisés se veut un moyen de lutter « contre le déficit d'informations qui marque la production et la distribution de services et de soins » (Denis et Contandriopoulos, 2008, p. 250). Dans cet esprit, la politique de soutien à domicile de 2003 voit l'adoption d'indicateurs mesurables et standardisés comme un levier du développement des services à domicile permettant de « suivre, monitorer, mesurer, évaluer » les pratiques professionnelles individuelles et collectives (MSSS, 2003, p. 37). Au cours des dernières années, ces principes connaissent leur apogée dans la diffusion large des pratiques managériales dites d'optimisation, comme en témoigne par exemple l'adoption de la *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux* en 2011 (ANQ, 2011).

### ***1.3.3 Réformes de 2003 et standardisation des pratiques professionnelles***

En plus de la logique de performance à laquelle est associée la standardisation, le train de réformes entrepris depuis 2003 vise également les pratiques professionnelles par le truchement de protocoles cliniques et administratifs fondés plus ou moins explicitement sur des données probantes (*evidence-based*) de la recherche. En ce sens, le *Plan d'action 2005-2010 sur les*

*services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité* poursuit deux objectifs, dont celui d'« offrir des services appuyés sur des standards de qualité et de pratique » (MSSS, 2005, p. 33). Le document *L'intégration des services de santé et des services. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* se montre encore plus explicite à ce sujet puisqu'une des balises proposées consiste à « permettre la standardisation de la pratique professionnelle par l'établissement de protocoles cliniques fondés sur les meilleures pratiques [...] et sur des données probantes » (MSSS, 2004b, p. 18).

Dans le même ordre d'idée, la publication en 2004 du document *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* s'inscrit en continuité avec le document précédent car celui-ci prescrit les orientations relatives au volet managérial tandis que le projet clinique prescrit le volet clinique et fonctionnel. Le projet clinique se présente donc comme « une démarche englobante qui permet la rencontre des volets cliniques et organisationnels » (MSSS, 2004c, p. 13). Le projet clinique cherche :

à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulées entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent imputables des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition (MSSS, 2004c, p. 12).

Il se présente donc comme une démarche intégrative dans laquelle la standardisation s'insère comme un concept omniprésent sur le plan des pratiques :

la standardisation vise l'alignement des pratiques avec [...] des standards reconnus et applicables aux contextes locaux. La standardisation s'applique ainsi aux pratiques cliniques

individuelles ou de groupe par le biais de l'adhésion à des protocoles ou lignes directrices fondés sur les données probantes ou les meilleures pratiques selon les consensus d'experts (MSSS, 2004c, p. 25).

Elle s'applique également aux stratégies populationnelles en établissant des « trajectoires de soins et services ou de cheminements cliniques » (MSSS, 2004c, p. 25). En effet, le projet clinique propose une « démarche à suivre à l'égard d'une personne ou d'une clientèle pour un problème précis » dans le but d'assurer une plus grande standardisation des processus (MSSS, 2004d, p. 8), ce qui implique que la gestion de la performance soit attachée à la régulation des professions (Pomey et Dubois, 2007). En ce sens, il importe que les réformes soutiennent le respect des normes professionnelles reconnues, la mise à jour des connaissances et la rationalité technique, et ce, d'autant plus que « l'exercice de la pratique professionnelle devient le levier d'une intégration clinique » (MSSS, 2004c, p. 13).

### Conclusion partielle

Nous l'avons vu, les réformes actuelles accompagnant la mise en place des réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées sont étroitement associées à des transformations importantes dans la conception des services de santé et des services sociaux au Québec. Ces transformations s'inscrivent dans les pratiques notamment par l'introduction de mécanismes de standardisation dans les pratiques professionnelles et sont arrimées à des pratiques managériales s'appuyant sur des données factuelles souvent issues du domaine clinique. Cependant, il serait erroné, voire fallacieux, de prétendre que ces réformes ne servent qu'à soutenir une logique de rationalisation économique dans un esprit néolibéral ou un scientisme étroit, comme il serait tout aussi faux de les associer exclusivement à une stricte logique clinique visant à faire le mieux pour les usagers. Pour nous, le rapport des travailleurs



sociaux aux diverses formes de standardisation qui prennent forme dans leurs pratiques ne peut se comprendre qu'en élucidant comment ces deux logiques, c'est-à-dire la logique managériale et la logique clinique, s'articulent étroitement dans le contexte réel de mise en œuvre de réseaux de services intégrés et, par le fait même, vont jusqu'à ouvrir la possibilité d'un nouveau rapport entre standardisation et autonomie professionnelle.

#### **1.4 Dimensions conceptuelles de la standardisation**

Dans les divers écrits que nous avons consultés, la notion de standard se heurte à une pluralité de sens et d'usages. Ce constat impose certaines clarifications sémantiques, conceptuelles et théoriques. Dans la langue anglaise, l'emploi du terme *standard* peut renvoyer indistinctement aux notions de standard ou de norme lorsque traduit en français (Borraz, 2004). Or, en français, la notion de norme peut, dans certains usages, avoir un sens équivalent à la notion de standard en anglais, alors que, dans d'autres, elle possède une signification très différente. Par exemple, on retrouve ce pluralisme sémantique dans la définition de l'*International Organisation for Standardisation* (ISO), qui est rattachée à la notion de norme dans la version française du document et à celle de standard dans la contrepartie anglaise du même texte. En outre, cette définition renvoie à des règles explicites et formalisées :

un document établi par consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités ou leurs résultats, garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné [...]. Il convient que les normes soient fondées sur les acquis conjugués de la science, de la technique et de l'expérience et visent à l'avantage optimal de la communauté<sup>7</sup> (Organisation internationale de normalisation, 2004, s. p.).

---

<sup>7</sup>En anglais: *A document established by consensus and approved by a recognized body that provides, for common and repeated use, rules, guidelines or characteristics for activities or their results, aimed at the achievement of the optimum degree of order in a given context. [...] Standards should be based on the consolidated results of science, technology and experience, and aimed at the promotion of optimum community benefits* (International Organisation for Standardisation, 2004, s. p.).

Dans son utilisation actuelle en français, le mot *standard* représente un emprunt à la langue anglaise et se rapporte à la notion « d'étalon de poids et de mesure » (Rey *et al.*, 2000, p. 2162). Toutefois, historiquement, la notion anglaise *standard* a été empruntée à la langue française. Selon l'usage ancien, *estandard* fait référence à une bannière, à un étendard. Notons que ces différents vocables impliquent la notion de pouvoir, l'étendard renvoyant à la bannière portée par des guerriers au Moyen-Âge (Tournay, 2007a) et à laquelle ceux-ci se rallient et doivent se soumettre. Il y a donc un lien fort entre pouvoir et *standard*, le puissant possédant la capacité d'imposer ses règles au faible.

La notion de norme et son vocable parent, *normal*, tirent leur origine du terme latin *norma*, signifiant « fait à l'équerre », duquel découle une utilisation plus actuelle de « correspondant à la prescription » ou de « conforme à la règle » (Rey *et al.*, 2000, p. 1433). L'idée de norme sous-tend celle de normalité, dans le sens de ce qui « sert de modèle, de règle » (Rey *et al.*, 2000, p. 1434). Ainsi, la notion de norme est elle aussi en rapport étroit avec celle de pouvoir et implique le respect des règles. En outre, l'étroite relation entre pouvoir et normes pose l'enjeu du locus de production d'un système normatif et de sa capacité à décréter ce qui constitue le normal et l'anormal et à déterminer le comportement social accepté et celui considéré comme déviant. Toutefois, dans les écrits que nous avons parcourus, le terme norme comporte des significations diamétralement opposées : une première, que nous avons illustrée à l'aide de la définition de l'ISO, faisant référence à des règles explicites, et une seconde, que nous préciserons ultérieurement, se rapportant à des règles implicites; c'est cette dernière acception que nous adoptons à partir de maintenant.

Afin d'apporter quelques clarifications, nous nous appuyons sur la typologie élaborée par Brunsson et Jacobsson (2000), qui distingue standards, directives et normes, lesquels renvoient à un concept transversal et fondamental pour notre propos, à savoir celui de règle, qui:

*tell us what to do in certain situations. It indicates what is appropriate or permitted, or, in negative terms, what we should not do. Rules are conceived as applying on more than one occasion, and most rules apply to more than one person. Rules are essential to provide social order and to prevent anomie or anarchy* (Brunsson et Jacobsson, 2000, p. 11).

Les premiers, les standards, sont donc des *règles explicites* dont la source de production est connue. De ce point de vue, les standards peuvent être produits par des individus ou des collectifs, mais, selon la conception de Brunsson et Jacobsson, leur usage demeure toujours volontaire. En ce sens, l'adhésion des acteurs auxdits standards est le fruit d'un consensus. En ce qui concerne les deuxièmes, les directives, il s'agit de règles explicites qui ont valeur d'obligation pour les acteurs concernés par celles-ci. Remarquons que les termes standards et directives font tous deux référence à des règles explicites, alors que le mot norme se rapporte plutôt à des règles intériorisées qui ne sont ni formalisées, ni explicites mais que l'acteur peut suivre sans avoir à y réfléchir : « *Norms are rarely find in written form but we have learnt to accept them as natural in the society to which we belong* » (Brunsson et Jacobsson, 2000, p. 12).

La lecture proposée par Brunsson et Jacobsson (2000) s'inscrit dans la mouvance des approches néo-institutionnalistes qui mettent en exergue différentes formes de coordination au fondement d'un système organisé et qui sont considérées comme des institutions sociales fondamentales, c'est-à-dire comme des *méta-institutions*. Ces auteurs identifient quatre formes de coordination : la standardisation, les organisations, les marchés et les communautés normatives. Toutefois, cette dernière forme de coordination est de nature différente des trois

autres puisque la coordination sociétale qu'elles effectuent repose non seulement sur des règles, mais aussi sur une communauté de valeurs. Dans cette perspective, les religions et les professions représentent des communautés normatives.

La distinction entre standard et directive que l'on retrouve dans la typologie de Brunsson et Jacobsson s'appuie sur le caractère voulu ou non de l'adhésion aux standards. Cette notion d'adhésion volontaire est aussi présente dans la définition de la standardisation donnée par Timmermans et Epstein : « *Process of constructing uniformities across time and space through the generation of agreed-upon rules* » (2010. p. 71). Toutefois, comme le soulignent Dudouet, Mercier et Vion (2005), cette conception de l'adhésion volontaire néglige certains points. Tout d'abord, le degré de contrainte associé à une règle ne repose pas toujours sur des sanctions explicites et formelles car la sanction peut être multiforme, y compris symbolique, notamment. Ensuite, le caractère volontaire d'un processus d'élaboration de standards peut occulter des structures hiérarchiques et des rapports de pouvoir au sein du collectif d'acteurs d'où émergent les règles découlant de ces standards. Enfin, même les règles les plus explicites peuvent nécessiter une interprétation pour être en mesure de s'adapter à toutes les situations.

Partant de ce qui précède, notre conceptualisation de la standardisation doit tenir compte du fait que les ensembles de règles auxquels nous nous intéressons ont plusieurs sources de production. Dans un premier cas de figure, ils correspondent à des directives quand ils ne sont pas produits par les acteurs cliniques qui doivent néanmoins s'y conformer dans leur travail. Ces directives peuvent être produites à l'intérieur de l'organisation par des acteurs occupant une position hiérarchique élevée, mais leur source de production peut aussi être externe à l'organisation; pensons notamment aux protocoles d'intervention, conçus en s'appuyant sur

les données probantes de la recherche promues par les agences de santé et des services sociaux (ASSS) (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS], 2010; Bourque, 2010; Sicotte, 2007). Dans un deuxième cas de figure, ces ensembles de règles externes peuvent être adaptés localement selon des balises très générales, ce qui rend difficile l'enfermement dans une typologie fondée sur le principe de l'exclusion mutuelle. Dans un troisième cas de figure, les acteurs cliniques peuvent eux-mêmes, à partir de leur pratique et sur une base consensuelle, être producteurs d'ensembles de règles qui seront formalisés localement et qui, par la suite, acquerront le statut de directives.

Bien qu'il s'agisse d'un effort de conceptualisation utile à la réflexion, nous considérons que la typologie conçue par Brunsson et Jacobsson ne peut rendre compte de l'ensemble du mouvement de création, d'adaptation ou de rejet des ensembles de règles qui peut se manifester au sein d'une organisation ou d'un collectif d'acteurs.

Les travaux de Mintzberg (1982), qui s'inscrivent dans la mouvance de la théorie de la contingence, contribue à soutenir notre réflexion pour penser ce mouvement. Mintzberg propose une approche postulant qu'il doit exister un lien étroit entre les différentes configurations que peut prendre la structure d'une organisation et son environnement afin d'optimiser la cohérence de son fonctionnement. L'emprunt à la théorie de la contingence permet d'articuler plusieurs forces de mise en forme de l'organisation et des pratiques professionnelles qui s'y déploient de façon à affirmer que les ensembles de règles sont produits à la fois par les systèmes et par les acteurs. Nous rappelons quelques éléments de la théorie de la contingence afin de mieux exposer la conception de la standardisation qui y est associée.

La structure d'une organisation se définit comme « la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches » (Mintzberg, 1982, p. 18). Il en résulte que le besoin de coordination au sein d'une organisation augmente avec sa complexification. Dans une structure simple, l'ajustement mutuel entre les acteurs est capable d'assurer l'ensemble des besoins de coordination, mais, à mesure que la structure de l'organisation se complexifie, l'ajustement mutuel s'avère insuffisant. Cette complexification de la structure nécessite une formalisation du comportement des acteurs, un paramètre de conception visant à « limiter la marge de manœuvre » des acteurs et « par lequel les processus de travail de l'organisation sont standardisés » (Mintzberg, 1982, p. 97). La formalisation a pour effet de réguler les comportements des acteurs qui accomplissent le travail de manière à en réduire la variabilité et, ultimement, de prédire et contrôler ces comportements (Mintzberg, 1982). Toutefois, lorsque le degré de complexité devient encore plus important, comme dans les pratiques professionnelles que nous étudions, la formalisation du comportement des acteurs se révèle insuffisante pour assurer la coordination, de sorte que l'ajustement mutuel redevient nécessaire.

En plus de l'ajustement mutuel, Mintzberg conçoit cinq mécanismes de coordination, dont la supervision directe. Les quatre autres dispositifs opèrent par l'entremise de la standardisation, soit la standardisation des procédés de travail, la standardisation des résultats, la

standardisation des qualifications et la standardisation des normes<sup>8</sup>. Notons que ce dernier dispositif ne correspond pas aux standards tels qu'ils sont conçus par Mintzberg, mais réfère plutôt à ce que Brunsson et Jacobsson appellent des directives puisque ces standards sont à la fois explicites et obligatoires.

Nous voulons prolonger le cadre conceptuel de Mintzberg en empruntant à la typologie élaborée par Timmermans et Berg (2003) en raison de la capacité de cette dernière à rendre compte plus efficacement des spécificités relatives à la régulation des pratiques professionnelles. Si nous comparons les mécanismes de standardisation tel qu'ils sont dénommés par Mintzberg à la typologie proposée par Timmermans et Berg (2003) afin de décrire la standardisation dans le champ de la pratique médicale (standards de conception, standards terminologiques, standards de performance et standards procéduraux), nous pouvons constater que deux types de standards sont communs, soit les standards procéduraux, qui prescrivent avec plus ou moins de précision les actions ou les suites d'action à réaliser dans une situation clinique donnée, et les standards de performance, qui fixent les résultats à atteindre sans préciser les moyens devant être préconisés pour y parvenir. Selon Timmermans et Berg, les standards procéduraux agissent comme des dispositifs de coordination parce qu'ils « structurent et séquent les pratiques des professionnels » (2003, p. 77) qui les utilisent. Si ces standards parviennent à modifier les pratiques, ils peuvent générer de nouvelles configurations de coordination entre acteurs autonomes en situation complexe. Ainsi, dans le cadre de pratiques professionnelles interdisciplinaires et interinstitutionnelles, l'usage d'outils standardisés d'évaluation ou de planification produit un formatage des informations qui rend

---

<sup>8</sup> Notons que ce dernier mécanisme de standardisation se distingue des trois autres mentionnés par Mintzberg parce qu'il n'est ni explicite ou obligatoire. Il correspond plutôt à une idéologie, comme dans les ordres religieux. Nous y reviendrons plus loin.

compatibles des données *a priori* hétérogènes. Notons toutefois que les standards procéduraux s'avèrent les plus difficiles à mettre en œuvre et qu'ils sont aussi les plus contestés (Timmermans et Berg, 2003).

Timmermans et Berg (2003) ont également relevés deux autres types de standards, à savoir les standards de conception, qui se rapportent aux critères spécifiques des différentes composantes d'un ensemble complexe d'actions ou de technologies et qui ont pour effet de rendre ce système fonctionnel, et les standards terminologiques, lesquels déterminent les termes à utiliser pour décrire des phénomènes, pensons notamment aux nomenclatures cliniques. On remarquera que l'on peut aisément rapprocher ces deux derniers types de la standardisation de résultats définie par Mintzberg. En outre, la standardisation des qualifications de Mintzberg, qui n'existe pas explicitement dans la typologie de Timmermans et Berg (2003), réfère à la formation initiale et à la formation continue des acteurs au sein d'une organisation. Ce mode de coordination joue un rôle plus important dans les bureaucraties professionnelles qui nous occupent ici.

Selon la conception de Brunsson et Jacobsson, les standards sont consensuels et émergent d'un collectif le plus souvent externe aux organisations où ces standards s'appliquent, tandis que, dans la pensée de Mintzberg, ils sont largement prescrits et leur principal moteur est la technostructure, située à l'extérieur du centre opérationnel et hiérarchiquement supérieure et hétéronome aux acteurs<sup>9</sup>. Toujours selon Mintzberg, le rôle de la technostructure se révèle beaucoup moins important dans le cadre d'une *bureaucratie professionnelle*. En raison de la complexité de son travail, le professionnel ne peut être totalement supervisé par un

---

<sup>9</sup> Mintzberg emploie le terme *opérateur*.



superviseur hiérarchique, ce qui fait qu'il « tend à s'identifier plus à sa profession qu'à l'organisation où il pratique » (Mintzberg, 1982, p. 315). Ainsi, en plus d'adhérer plus faiblement aux règles de l'organisation à laquelle il est rattaché, un professionnel adhère davantage aux normes de sa communauté normative. L'enjeu soulevé par la coprésence de standards organisationnels et normatifs s'avère primordial pour notre objet car il soulève la question de la prédominance historique de l'un sur l'autre ou, plus précisément, d'un rapport de cohabitation des deux, rapport qui connaît des évolutions dans le temps. Le mouvement de standardisation porté par la réforme de 2003 contribue à cette transformation du rapport. Néanmoins, l'ancrage profond de l'autonomie chez les professionnels demeure fortement contributif de ce rapport, même transformé.

## **2.5 Autonomie professionnelle et standardisation**

Partant des constats précédents, notre réflexion nous conduit à examiner les fondements de la professionnalité, particulièrement la notion d'autonomie, puisque les rapports qu'entretiennent les professionnels à la standardisation et à l'autonomie évoluent de manière concomitante. Les lignes qui suivent nous amèneront à tracer progressivement le périmètre de l'autonomie professionnelle chez les travailleurs sociaux, ce qui nous permet de réfléchir aux articulations possibles de cette autonomie avec les forces de standardisation émergeant à la faveur de l'intégration des services. Tout d'abord, nous distinguerons deux concepts apparentés, à savoir l'autonomie professionnelle et la marge discrétionnaire. Ensuite, nous examinerons le concept d'autonomie professionnelle à la lumière de deux perspectives théoriques, soit le fonctionnalisme et l'interactionnisme. Enfin, nous déduirons de tout cela certains constats relatifs à l'autonomie des travailleurs sociaux dans le contexte des organisations publiques.

### ***1.4.1 L'autonomie comme capacité à jouer avec les règles***

L'étymologie du terme autonomie (*auto-nomos*) fait référence à la capacité de se gouverner par ses propres (*auto*) lois (*nomos*), ce qui implique d'être en mesure de choisir les règles auxquelles on veut adhérer et, ultimement, d'en produire. Ceci rejoint l'acception philosophique de l'autonomie, qui correspond au « droit pour l'individu de déterminer soi-même les règles auxquelles il se soumet » (Robert, 1982, p. 136). Dans un sens davantage circonscrit à notre objet, l'autonomie professionnelle fait référence à « la capacité à gérer ses propres processus d'action » (de Terssac et Maggi, 1996, p. 249) et au « droit d'exercer son contrôle sur son propre travail » (Freidson, 1984, p. 81).

Par ailleurs, les écrits en sociologie des professions renvoient aussi au concept de discrétionnarité ou de marge discrétionnaire (Lipsky, 1980)<sup>10</sup>. Le terme discrétion provient du mot latin *discretio*, qui signifie « action de discerner » (Rey *et al.*, 2000, p. 654). Pour sa part, le mot discrétionnaire, originalement un terme de droit, renvoie « à ce qui est laissé à la libre décision de quelqu'un » (Ibidem). En ce sens, on peut considérer que la discrétionnarité représente une forme d'autonomie balisée par l'interprétation prudente des règles. Ainsi, pour Lipsky (1980), les agents de base (*street level bureaucrats*) qui, dans les bureaucraties professionnelles, sont en contact direct avec les usagers, disposent d'une marge discrétionnaire dans les décisions qu'ils peuvent prendre en raison même de la complexité et du flou des prescriptions encadrant leur pratique, de l'impossibilité de tout prévoir dans l'exécution des tâches complexes et de la nécessaire adaptation de prescriptions générales au

---

<sup>10</sup> Selon nous, bien qu'on ne puisse pas associer étroitement Lipsky à la sociologie des professions, son analyse de la marge discrétionnaire des agents de base ne peut pas être écartée. En outre, Lipsky considère les travailleurs sociaux comme des agents de base en raison de leur position en interface entre les organisations produisant des règles et les citoyens recevant des services régis par ces règles.

caractère singulier de chaque situation. Leur discrétionnarité tient également au fait que leur action se déroule au niveau le plus proche des usagers, et donc au plus loin des cadres organisationnels, soit dans la rue (au sens figuré), ou, si l'on préfère, dans l'espace clinique.

Ainsi, deux constituantes de l'autonomie professionnelle se dessinent ; la première renvoie à la capacité des acteurs à produire des « ensembles de règles » qui leur sont propres pour baliser leurs actions, la seconde à leur capacité à « jouer » avec ces ensembles de règles hétéronomes, c'est-à-dire à les adapter au caractère singulier de chaque situation clinique. Ce jeu consiste aussi parfois à déjouer, tricher ou défier les règles de manière stratégique.

De plus, l'autonomie représente une caractéristique multidimensionnelle (Randall et William, 2009) distinctive des métiers prestigieux que sont les professions libérales (Dubar et Tripiet, 1998). Mais, pour plusieurs, elle apparaît comme la constituante centrale de toute professionnalité (de Terssac et Maggi, 1996; Freidson, 1984; Goode, 1969). Toutefois, pour Goode (1969), peu de professionnels disposent réellement d'une autonomie professionnelle pleine et entière. En appui sur les recherches menées par de Terssac et Maggi (1996), on peut graduer l'autonomie professionnelle en trois niveaux selon la capacité des acteurs à jouer avec les règles. À un premier niveau, les acteurs n'ont pas la possibilité de produire ou d'influencer les règles, mais ils peuvent jouer avec elles dans le cadre d'une situation de travail. Sur le plan conceptuel, ce niveau est proche de la marge discrétionnaire telle que définie par Lipsky (1995). À un deuxième niveau, les acteurs ont la capacité d'influencer la production des règles. Au troisième niveau, inclusif du premier et du deuxième, on peut considérer que l'autonomie est pleine et entière quand les acteurs sont indépendants dans la production de leurs propres règles. À ce niveau, le locus de contrôle et de production des règles appartient aux acteurs.

La typologie construite par de Terssac et Maggi (1996) soulève un questionnement de fond au regard du contexte de standardisation évoqué plus haut. Dans quelle mesure et surtout de quelle façon ce contexte contraindra-t-il la pratique des travailleurs sociaux ? Et ces nouveaux systèmes de règles ouvriront-ils de nouveaux espaces de jeu, voire d'autonomie, pour les acteurs à l'égard de ces dispositifs de standardisation ?

En dépit du caractère hiérarchique de la précédente typologie, nous considérons que la marge d'autonomie des acteurs ne peut jamais être nulle parce que, comme l'a montré Lipsky (1995), les règles sont toujours incomplètes. De surcroît, les ensembles de règles provenant d'un standard donné, par exemple un protocole d'intervention, ne peuvent jouer un rôle de régulation que s'ils sont en usage dans la pratique professionnelle d'un groupe donné d'acteurs. Même si certaines conceptions considèrent les règles comme les rails d'un chemin de fer qui conduiraient les utilisateurs selon un itinéraire dont il leur est impossible de s'écarter, nous partageons le point de vue de Béatrice Reynaud (2005) qui soutient que les règles ne peuvent ni être appliquées de façon mécanique, ni ne générer aucune contrainte. Entre ces deux postures se trouve celle de l'usage, voire du jeu. En appui sur le point de vue de Béatrice Reynaud, qui soutient que la signification des règles se constitue ultimement dans l'usage, nous prônons plutôt une approche pragmatique centrée sur l'usage des règles : « on ne peut savoir comment les individus suivent les règles sans chercher en même temps comment les individus ou les collectifs agissent sur les règles » (2005, p. 363). Cette prémisse est en congruence avec l'approche théorique que nous mobiliserons plus loin, soit la théorie de la régulation sociale qui a été élaborée par Jean-Daniel Reynaud (1989; 1997).

#### ***1.4.2 L'autonomie et la professionnalité : perspectives théoriques sur les professions***

Afin de poursuivre notre réflexion, examinons maintenant le second terme que nous avons attaché à l'autonomie professionnelle, en l'occurrence celui de profession, à partir de certains concepts de la sociologie des professions (Champy, 2009; Dubar et Tripier, 1998). Le terme profession, qui vient du latin *professio*, a le sens d'une « déclaration publique », d'une « action de se donner » suivant une « profession de foi » (Rey *et al.*, 2000, p. 1766). Il renvoie également à une seconde signification, soit un « métier ayant un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique ou la position sociale de ceux qui l'exercent » (Rey *et al.*, 2000, p. 1767). Le mot profession regroupe les personnes pratiquant un même métier et, de ce point de vue, il se rapproche de celui de corporation (Dubar et Tripier, 1998). De son côté, le terme *professionnel*, arrivé plus tardivement dans la langue française, possède des origines anglo-saxonnes, dérivant du terme anglais *professional*, signifiant « dont c'est le métier » (Rey *et al.*, 2000, p. 1767).

Dans la langue française, la démarcation entre les métiers, symboliquement de faible statut, et les professions, symboliquement au sommet de la hiérarchie sociale, est sujette à nombre d'enjeux et de polémiques au sein de la sociologie des professions (Champy, 2009). Dans la perspective fonctionnaliste, l'élaboration de nomenclatures d'attributs qui seraient constitutifs d'une profession revêt une importance fondamentale. Toutefois, ces nomenclatures sont presque aussi nombreuses qu'il y a d'auteurs qui en proposent (Chapoulie, 1973). Dans leur importante synthèse, Dubar et Tripier (1998) rappellent les caractéristiques d'une profession reconnues par les tenants du courant fonctionnaliste :

- 1) l'exercice d'une profession implique des opérations intellectuelles complexes engageant la responsabilité individuelle de celui qui l'exerce;
- 2) c'est une activité qui s'appuie sur un savoir théorique et scientifique;
- 3) ce savoir est mobilisé dans des applications pratiques qui appellent des compétences et des habiletés spéciales<sup>11</sup>;
- 4) il est transmissible par l'intermédiaire d'un enseignement formel et ne s'acquiert qu'au terme d'une longue formation;
- 5) ses membres tendent à s'auto-organiser;
- 6) ses membres sont animés par une motivation altruiste par l'exercice d'une activité rendant service à la société.

Partant de cette conception de la professionnalité propre à la perspective fonctionnaliste, et au-delà du fait que le travail social<sup>12</sup> est reconnu comme profession par certaines institutions comme l'Office des professions du Québec, nous pouvons reprendre la question de Flexner (1915), à savoir : « le travail social est-il une profession? ». Sur un continuum conceptuel partant du métier et se terminant à la profession, Flexner qualifiait le travail social de semi-profession en raison de l'absence d'auto-organisation, de sa faible légitimité et de l'absence de fondement sur des connaissances scientifiques. Ainsi, Torens, citant Carr Saunders (1928), affirme que les semi-professions se définissent par une formation plus courte et fondée

---

<sup>11</sup> La question de l'inexistence des compétences exclusives pouvant être attribuées au travail social est en outre évoquée par Torens (1969) ou Couturier et Legault (2002).

<sup>12</sup> Ici, une mise au point s'impose. Dans nos écrits, nous nous référons constamment aux travailleurs sociaux. Or, au sens de la Loi des professions du Québec, le titre de travailleur social ne peut être porté que par des membres en règle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec (OPTSTCQ). Cependant, les fonctions de gestionnaire de cas, d'agent de relations humaines ou d'intervenant-pivot sont principalement occupées par des professionnels qui ont reçu une formation universitaire en travail social mais qui ne sont pas forcément membres de l'OPTSTCQ. Nous reprenons néanmoins l'habitude européenne de désigner le groupe des professionnels formés en travail social par le terme générique de travailleurs sociaux.

davantage sur la maîtrise d'habiletés techniques que sur l'acquisition de connaissances théoriques. Il est ainsi reconnu qu'une part importante de la connaissance du travail social s'établit par l'expérience (Torens, 1969). Pour sa part, Etzioni, dans son ouvrage intitulé *The semi-professions and their organisations*<sup>13</sup>, définit les semi-professions en ces termes : « *Their training is shorter, their status is less legitimated, their right to privileged communication less established, there is less autonomy from supervision or societal control than 'the professions'* » (1969, p. v).

Toutefois, ces attributs se rapportent davantage à des gains institutionnalisés par une profession qu'à la nature réelle de l'activité des professionnels qui la pratiquent. Ainsi, pour Lymbery (1998), le faible statut professionnel des travailleurs sociaux tient au fait que leur activité se déroule le plus souvent dans des organisations étatiques. De fait, ces semi-professions ne sont pas des professions libérales au sens classique du terme car les personnes qui en sont membres sont principalement salariées. En somme, au regard de la perspective fonctionnaliste, le travail social apparaît comme une profession fragile en quête d'une professionnalité mieux reconnue.

L'approche interactionniste opère une désacralisation des professions et remet en cause le découpage métier/profession inhérent à la perspective fonctionnaliste. Contrairement à cette dernière, qui défend une lecture ontologique de la professionnalité à partir d'attributs qui seraient propres à une profession donnée, la perspective interactionniste s'intéresse plutôt à la professionnalité comme une trajectoire située dans le contexte de l'exercice-même du travail d'acteurs désireux d'accroître leur reconnaissance : « *What are the circumstances in which*

---

<sup>13</sup> Les trois activités en question sont l'enseignement au primaire, le nursing et le travail social.

*people in an occupation attempt to turn it into a profession and themselves into professional people ?*» (Hughes, 1963, p. 655). Il en découle que, dans une profession, la définition des tâches n'est pas immuable, mais qu'elle est plutôt l'objet d'une évolution constante. Les stratégies mises en œuvre par ces acteurs afin d'obtenir le statut hautement symbolique de professionnel deviennent ainsi un objet d'intérêt central : « *What professions actually do in everyday life to negotiate and maintain their special position ?* » (Macdonald, 1995, p. 8). En conséquence, le principal contrôle sur la pratique, celui qui est le plus effectif, se situe dans la pratique elle-même (Freidson, 1984) sous la forme d'une « auto-régulation collective et informelle », selon l'expression de Dubar et Tripier (1998, p. 124). De ce point de vue, ces deux auteurs estiment qu'un groupe est dit professionnel à partir du moment où il sait obtenir un tel statut, lequel lui donne une autorité pour exercer certaines activités, et ce, par le biais de la licence et du mandat (Hughes, 1996a), assurant la reconnaissance par les autres acteurs de son autonomie dans l'exercice des tâches rattachées à ce mandat. En outre, dans l'exercice de leur mandat, les professionnels ne se limitent pas à offrir un service pour répondre aux besoins des personnes, mais, plus encore, « ils définissent le besoin même qu'ils servent » (Hughes, 1996b, p. 131) en s'appuyant sur leur expertise. Écrit autrement, le mandat autorise l'élaboration de « catégories dans lesquelles [l]e problème peut être pensé » (Champy, 2009, p. 57). Or, c'est moins le cas lorsqu'un outil standardisé, pensé hors de la profession, est imposé, *a fortiori* quand les évaluations qu'il requiert sont le fait de plusieurs groupes professionnels<sup>14</sup>. Pour un professionnel dont le travail s'inscrit dans le cadre d'une organisation, comme c'est le cas pour le travailleur social, l'enjeu consiste à revendiquer la

---

<sup>14</sup> Le débat sur la professionnalité a été transformé par celui sur la collaboration interprofessionnelle. Par exemple, Couturier (2006) a montré comment l'inter-professionnalité des infirmières et des travailleuses sociales en CLSC s'appuie sur des systèmes représentationnels en partie partagés. Les dispositifs intégrateurs dont traite la présente thèse sont des dispositifs interprofessionnels favorisant l'émergence d'un inter-langage.



légitimité de son mandat au sein de cette organisation (Hughes, 1996a) et donc à vouloir faire prévaloir sa vision du monde sur celles des autres groupes d'acteurs.

Dans cette perspective, la standardisation peut conduire à des luttes dans la division du travail dans le cas où un groupe d'acteurs réussit à imposer aux autres un ensemble de règles qui lui sont propres. De même, les mandats des divers professionnels en présence peuvent être attaqués par une vision managériale hétérodoxe aux acteurs cliniques. L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux, ou à tout le moins leur statut symbolique de professionnalité, pourrait être fragilisé par l'usage imposé de certaines composantes standardisées. À titre d'exemple, le remplissage de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) n'est pas un acte réservé aux travailleurs sociaux. Selon les milieux, l'outil peut aussi être rempli par les infirmières. Cette situation révèle un déplacement partiel du locus de l'expertise du praticien, en interaction avec un usager, vers les préconceptions contenues dans un outil, qui a été conçu d'une manière plus ou moins hétéronome aux fondements disciplinaires du travail social. Cela laisse voir également l'articulation d'une logique disciplinaire d'organisation des services avec une logique dorénavant davantage interdisciplinaire.

#### ***1.4.3 L'autonomie professionnelle et son inscription organisationnelle***

Malgré l'association étroite entre l'autorégulation des acteurs et la définition formelle de l'autonomie, nous ne pensons pas que l'autonomie professionnelle soit sans contrainte, et ce, même dans une perspective interactionniste. En effet, étant donné l'importante inscription organisationnelle de la pratique du travail social dans des bureaucraties professionnelles, l'autonomie professionnelle existe certes, mais elle est modulée par plusieurs systèmes normatifs. De surcroît, la position d'interface entre le système-usager et le système-

intervention des travailleurs sociaux dans ces organisations est constitutive de leur profession (Freynet, 1995) et les rend redevables tant à leur employeur qu'à leurs usagers, ce qui entrave leur autonomie et est fondateur de leur statut de semi-profession (Torens, 1969). Pour leur part, Couturier et Legault (2002) affirment que cette position d'interface se trouve au cœur de leur professionnalité et qu'elle est source de distinction pour les travailleurs sociaux. En ce sens, l'autonomie professionnelle existe parce qu'elle est soutenue par des mécanismes organisationnels et politiques « qui circonscrivent un espace social et politique où cette autonomie est possible » (Freidson, 1984, p. 33). Elle est donc requise pour l'effectuation en situation du mandat qui leur est attribué (Couturier et Legault, 2002; Soulet, 1997).

Selon nous, l'autonomie professionnelle doit alors se concevoir comme le produit d'un rapport entre l'autonomie de l'acteur en tant que sujet travaillant et l'autonomie requise par l'organisation pour la bonne réalisation de sa mission. Or, la complexité du travail rend cette formalisation difficile, mais pourtant minimalement nécessaire si l'on se place du point de vue du système et d'une nécessaire gouvernance clinique. En ce sens, la gouvernance clinique apparaît comme une façon de réguler « la tension existante entre un besoin de coordonner les actions et le maintien de l'autonomie professionnelle » (Contandriopoulos, 2008, p. 25). L'autonomie des individus en système complexe doit alors être partiellement régulée par l'intermédiaire de mécanismes permettant la gestion des interdépendances (Malone et Crowston, 1991) entre acteurs qui sont, par nécessité, partiellement autonomes. De cette manière, l'autonomie, même si elle autorise le jeu avec les règles, demeure « située dans un espace d'action structuré d'avance » (de Terssac et Maggi, 1996, p. 250), ce qui conduit ces auteurs à qualifier cet espace de « discrétionnaire » (Idem).

#### ***1.4.4 L'autonomie professionnelle comme exercice du jugement professionnel***

Jusqu'à maintenant, nos réflexions ont permis d'esquisser les périmètres de l'autonomie professionnelle et les enjeux de la redéfinition de ces périmètres en contexte de standardisation. Toutefois, nous avons contourné les caractéristiques des activités professionnelles rattachées à l'exercice de cette autonomie. L'activité de professionnels comme les travailleurs sociaux se caractérise par une marge d'incertitude irréductible et permanente face aux interventions qu'ils mènent. Cette marge est attribuable à leur capacité décisionnelle car l'application de principes généraux à une situation clinique particulière est toujours assujettie à la singularité et à la complexité de chaque situation clinique (Champy, 2009). Le caractère conjectural<sup>15</sup>, constitutif de la pratique du travail social, conduit donc à une nécessité permanente de délibération entre le singulier et le général, ce qui amène Champy à qualifier cette action d'« activité prudentielle » (2009, p. 82). Or, c'est bien ce type de délibération qui est au cœur du jugement professionnel. Au sens général, le jugement est la « faculté de l'esprit qui compare et juge » (Rey, 2000, p. 1156). Pour sa part, Meunier, qui s'intéresse à l'exercice du jugement professionnel chez les travailleurs sociaux, le définit comme « le produit d'un processus mental complexe d'appréciation des divers éléments d'une situation [...] qui, sur la base de référents conceptuels et normatifs, permet de conclure à sa valeur subjective et circonstanciée » (2005, s. p.). L'exercice du jugement professionnel

---

<sup>15</sup> Même si elle s'inscrit dans un tout autre contexte théorique, l'ergonomie cognitive établit un constat très similaire. Selon cette perspective, l'intervention du travailleur social correspond à un « processus de résolution d'un problème mal défini » (Falzon, 2004, p. 31), dans lequel le problème initial est multidimensionnel et mal circonscrit alors que l'état final attendu autorise plusieurs solutions potentielles. Plus encore, la définition du problème et sa solution se modifient et se construisent en interaction l'un avec l'autre. Ainsi, les ensembles de règles guidant l'intervention doivent demeurer très générales et leur nécessaire adaptabilité au caractère singulier d'un sujet réel constitue précisément le savoir-faire de l'intervenant, un savoir qui se veut par nature très difficile à objectiver (Couturier et Legault, 2002 ; de Montmollin, 1986). Ainsi, l'intervention du travailleur social se caractérise fondamentalement par une prescription très floue du travail, de sorte que chaque intervenant doit combler cette absence de repères, et ce, « sans bénéficier de référents autres que ceux qu'il peut emprunter à des disciplines extérieures et référant à d'autres niveaux d'opérationnalité que le sien » (Villatte, Teiger et Caroly-Flageul, 2004, p. 587).

constitue donc la pierre angulaire de l'agir professionnel car il est au cœur de la prise de décision (Meunier, 2005). Pour ce faire, le professionnel doit pondérer l'ensemble des composantes d'une situation clinique donnée et par nature singulière en s'appuyant à la fois sur ses connaissances et ses savoirs d'expérience plus ou moins explicites et sur des prescriptions normatives et procédurales qui encadrent, au sens où elles peuvent tout à la fois prescrire et guider son action. Le jugement professionnel est donc antagonique à un processus décisionnel techniciste qui ne serait fondé que sur l'adéquation d'une norme d'action à un indicateur ou d'un signe (par exemple, un symptôme) à un standard (par exemple, un protocole d'intervention). Écrit autrement, une décision qui s'appuie sur un jugement professionnel ne peut pas lier mécaniquement évaluation et action sans égard aux conditions cliniques singulières à l'action d'un professionnel en situation. Dans la logique de la réalisation d'une activité prudentielle, l'introduction de mécanismes de standardisation procédurale s'avère plus difficile et contestable qu'une standardisation des résultats parce que cette dernière permet d'augmenter la qualité des décisions prises tout en préservant une plus grande marge d'autonomie pour l'exercice du jugement professionnel (Berg, 2000). Nous avons aussi vu que l'inscription institutionnelle de la pratique des travailleurs sociaux impose des contraintes sur les finalités générales de leur activité. Toutefois, même si l'autonomie de décision peut être contrainte par les ressources limitées de l'organisation, l'autonomie de réflexion peut conserver un rôle important en sauvegardant la capacité de délibérer sur la « hiérarchie des fins et le contenu précis de ces fins » (Champy, 2009, p. 90). Par exemple, les travailleurs sociaux ayant à intervenir auprès de personnes en perte d'autonomie physique ou cognitive doivent quotidiennement composer avec deux finalités opposées : préserver l'autonomie d'une personne vulnérable, ce qui pourrait avoir comme conséquence une augmentation des risques auxquels cette dernière pourrait être exposée ou, au contraire,

diminuer ces risques en limitant l'autonomie de la personne. Ainsi, autonomie et protection font l'objet de délibérations permanentes (Couturier, Gagnon, Belzile et Salles, 2013). Dans une perspective plus globale, le jugement professionnel se présente comme la tension entre l'autonomie dont dispose un professionnel pour déployer son action et la contrainte exercée par la standardisation qui cherche à mettre en forme cette autonomie d'action. Au regard de ce qui précède, on comprend que la standardisation puisse se présenter comme un prolongement de l'expertise du praticien influant sur l'exercice de son jugement professionnel, ou, au contraire, faire ployer les finalités d'actions autonomes des travailleurs sociaux en leur imposant un système normatif hétéronome. Dans la réalité complexe des situations cliniques, ces deux postures sont envisageables, suivant des configurations multiples et en grande partie imprévisibles.

## 1.5 Deux logiques de performance à l'œuvre dans les réformes du système socio-sanitaire québécois

La réforme amorcée en 2003 et encore en cours d'implantation au moment de réaliser la présente thèse vise à assurer une meilleure intégration des services afin de mieux répondre aux besoins de la population, entre autres en régulant davantage les pratiques professionnelles par l'entremise de mécanismes de standardisation portés par le RSIPA. Nous soutenons que, pour être en mesure de bien comprendre les effets de cette réforme sur les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux, il importe de l'analyser dans une perspective plus large que celle que nous avons déployée jusqu'à maintenant. Comme nous l'avons montré précédemment, le contexte politique dans lequel s'inscrit cette réforme comporte plusieurs composantes, que nous avons synthétisées au moyen de deux logiques de performance<sup>16</sup> construites à partir de l'examen de divers écrits scientifiques et ministériels. Dans un premier temps, nous présenterons une logique de performance, que nous nommons logique managériale, qui correspond à l'adoption par l'État social<sup>17</sup> de principes néolibéraux s'inscrivant dans la *nouvelle gestion publique* (Giauque, 2004), un concept que nous définirons plus loin. Dans un deuxième temps, nous aborderons la seconde logique, dite clinique, laquelle s'appuie sur une relative standardisation des pratiques professionnelles par l'entremise des pratiques fondées sur des données probantes (*evidence-based practices*). Dans un troisième temps, nous allons montrer comment ces deux logiques prennent forme dans les orientations ministérielles.

---

<sup>16</sup> Le mot performance constitue un emprunt à la langue anglaise, qui renvoie dans son sens général à un *accomplissement*, une *réalisation*, un *résultat réel*. L'expression *to perform*, elle-même issue de l'ancien mot français *parformer*, possède une connotation voisine du mot *parfaire* (Rey *et al.*, 2000, p. 1594).

<sup>17</sup> Les locutions *État social* et *État providence* sont synonymes et découlent de l'expression anglaise *welfare state*. Pour Degen (2007), l'État social est l'expression institutionnelle de l'endossement explicite par une collectivité de la responsabilité du bien-être de ses membres par un ensemble de politiques.

### ***1.5.1 Logique de performance managériale. Les fondements néolibéraux des réformes sociosanitaires***

Certaines notions sont devenues récurrentes et omniprésentes dans le discours public sur les politiques de santé et de services sociaux : coût, accès aux soins, qualité, efficacité, efficience, satisfaction des usagers, responsabilité (Lohr, Eleazer et Mauskopf, 1998), et, plus récemment, optimisation (MSSS, 2012). Ces notions partagent des fondements communs que nous retracerons dans les pages qui suivent.

Avec les années 1980, l'effritement des « conditions de mise en productivité du fordisme-keynésisme » a conduit à une révision des politiques interventionnistes (Bonneville, 2003, p. 145). En ce sens, pour Bonneville, les transformations associées au virage à domicile correspondent à une

transformation de la prise en charge clinique de la maladie et des patients dans le but d'effectuer des économies à même la prestation de soins, d'où selon nous le passage d'une vision « fordiste-keynésiste » de la santé (où l'accessibilité universelle et la qualité des soins sont les impératifs les plus importants à atteindre dans les services de soins) à une vision productiviste de la santé où l'objectif de réduction constante des coûts publics des services de soins s'impose comme objectif premier et déterminant par rapport à la qualité des soins offerts à la population (2003, p. 169).

Dans cette mouvance, la Commission Rochon sur les services de santé et les services sociaux recommandait dès 1988 la réorganisation du système sociosanitaire dans le but de le rendre plus performant, propulsant dans le discours public les concepts d'efficacité et d'efficience (Bonneville, 2003). Plus globalement, ces réorganisations représentent un virage d'une logique d'administration des services publics à une logique managériale (Harris et White, 2009); en d'autres termes, l'introduction dans le secteur public de principes de gestion s'inspirant du secteur privé vise à pallier les lacunes (réelles ou attribuées) d'une

administration publique en proie à « des professionnels retranchés à nourrir leur intérêt personnel » (Ibid., p. 2).

Les transformations actuelles dans la gouvernance du système sociosanitaire québécois, telles que nous les présenterons plus bas, s'inscrivent dans la mouvance de la nouvelle gestion publique (en anglais : *New Public Management*), ou NGP, un mouvement d'inspiration néolibérale qui vise à restreindre le rôle de l'État et à mieux utiliser les ressources en ciblant davantage leur usage et leur contrôle. Voici les grands principes caractérisant la NGP <sup>18</sup> :

- rationalisation des structures organisationnelles ;
- introduction de relations contractuelles ;
- imputabilité plus grande des administrations locales visant une efficience accrue ;
- contrôle des coûts par un suivi budgétaire serré ;
- gestion guidée par les résultats ;
- amélioration de la qualité ;
- renforcement de l'efficience ;
- centration sur la satisfaction de l'utilisateur, ce dernier étant considéré comme un client (une appellation congruente avec une logique marchande) ;
- réduction de la participation de la population aux conseils d'administration des organisations publiques ;
- utilisation accrue des technologies de l'information et monitoring des clientèles.

---

<sup>18</sup> Inspiré de Giauque (2004), Harris et Unwin (2009), Larivière (2005; 2007; Merrien (1999) et Pollitt (1993).



Fondamentalement, ces principes traduisent l'introduction de la logique du marché dans la gestion de l'État social (Merrien, 1999). La NGP se présente comme une réponse à la demande croissante de services publics sans toutefois modifier le déséquilibre récurrent entre l'ampleur des besoins et la rareté relative des ressources (Larivière, 2005). En ce sens, la NGP participe au discours sur la performance en proposant un élargissement des notions d'imputabilité et de reddition des comptes déjà présentes dans les principes de gestion publique au Québec (Sicotte, 2007). Or, la reddition des comptes porte autant sur la satisfaction de la clientèle que sur la nature, la qualité, le coût ou la quantité de services offerts à cette même clientèle (Dubois et Denis, 2001). Dans ce contexte, la mesure des résultats devient centrale, d'où la nécessité de développer des indicateurs de gestion en phase avec ces principes (Sicotte, 2007) et de guider l'action professionnelle vers des modalités d'intervention reconnues comme efficaces et efficientes (Couturier, Gagnon et Carrier, 2009).

Comme nous le verrons dans la section suivante, les *evidence-based practices (EBP)* occupent de plus en plus d'espace dans le développement et la mise en œuvre des politiques sociosanitaires (Niessen, Grijseels et Rutten, 2000). Ceci nous amène à présenter notre seconde logique de performance, qui a pour finalité de cadrer l'action des acteurs cliniques dans le champ de la santé et des services sociaux.

### ***1.5.2 Logique de performance clinique. La relative standardisation des pratiques professionnelles***

L'un des fers de lance du mouvement de standardisation des pratiques professionnelles est l'approche dite *evidence-based* (Cochrane, 1972), expression anglaise nécessitant que l'on précise son sens. En anglais, le mot *evidence* fait référence à une preuve, aux sens juridique ou

scientifique du terme (Robert et Collins, 1978). Par conséquent, il faut se garder de traduire *evidence* par évidence puisque le terme français exprime plutôt le caractère de sens commun d'un savoir. En fait, l'emploi du mot *probant* s'avère plus juste en français. Il découle du latin *probans, probantis*, qui signifie « qui prouve » (Rey *et al.*, 2000, p. 1761) et renvoie à la notion de preuve scientifique. S'agissant du terme *donnée*, il concerne « ce qui est donné, connu, déterminé dans l'énoncé d'un problème, et qui sert à découvrir ce qui est inconnu [...], qui sert de base à un raisonnement, de point de départ pour une recherche » (Robert, 1982, p. 569). Pour cette raison, nous préférons nous servir de l'expression *résultats probants* puisque ce ne sont pas les données qui font preuve, mais bien les résultats d'une activité de recherche qui pourront être considérés comme probants si ladite activité répond à certains critères de validité scientifique (Couturier, Gagnon et Carrier, 2009; Morin, 2005). En accord avec ce qui précède, nous désignerons, dans la suite du texte, les pratiques professionnelles qui s'appuient sur des données probantes sous l'appellation *pratiques fondées sur des résultats probants*. Par-delà ces précisions sémantiques, nous retracerons maintenant l'origine du mouvement des résultats probants.

#### *1.5.2.1 Les origines du mouvement des résultats probants*

La parution en 1972 du livre de l'épidémiologiste anglais Archibald Cochrane, intitulé *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*, a été un catalyseur important du mouvement de la médecine fondée sur les résultats probants. Cochrane démontrait qu'en ce qui concerne le choix des soins à donner à un patient, le processus de décision des médecins s'appuyait davantage sur leurs opinions personnelles que sur un usage systématique des connaissances scientifiques disponibles. Pour Cochrane, cette part aléatoire, inhérente au jugement clinique du médecin, a pour effet d'entraîner des variations importantes

dans la pratique médicale et influence directement la qualité des soins dispensés aux patients<sup>19</sup>. Ainsi, certaines études ont révélé que des ressources trop coûteuses ou des technologies inefficaces étaient souvent utilisées par le médecin. Ces études démontraient que les soins prodigués par les médecins s'avéraient dans bien des cas inutiles, discutables ou même dangereux (Brunelle, 2005; Walshe et Rundall, 2001). Pour remédier à cette situation, Cochrane proposa d'appuyer la pratique clinique sur des données scientifiques réputées rigoureuses (Dopson, Locock, Gabbay, Ferlie et Fitzgerald, 2003)<sup>20</sup>. La qualité des savoirs dits probants résulte d'une « hiérarchisation des modalités de mise en preuve » (Couturier, Gagnon et Carrier, 2009, p. 189). Ainsi, certains protocoles de recherche se voient attribuer une plus grande validité que d'autres. À ce chapitre, les essais cliniques aléatoires à double insu occupent le sommet de cette hiérarchie<sup>21</sup>.

Le mouvement des pratiques fondées sur les résultats probants se présente comme un processus de production et de révision de lignes directrices pour guider les pratiques professionnelles. Sur le plan conceptuel, il relève d'une épistémologie postpositiviste. En appui sur le principe de falsification poppérien, les prescriptions cliniques découlant des résultats probants sont valides tant et aussi longtemps qu'elles n'auront pas été invalidées par de nouvelles études qui conduiront à une révision des guides de pratique.

---

<sup>19</sup> Timmermans et Berg (2003) racontent qu'ayant été emprisonné par les Allemands lors de la Deuxième Guerre mondiale, Cochrane a été médecin dans deux camps de prisonniers. Dans le premier camp, il n'y avait que des moyens très rudimentaires pour traiter ses patients, alors que le second camp disposait de moyens médicaux plus modernes et abondants. Or, c'est dans ce dernier camp que Cochrane constata le plus haut taux de décès, il en déduisit que c'était des interventions inappropriées qui avaient causé les décès.

<sup>20</sup> Pour Dodier, (2007), la valorisation des essais cliniques randomisés à travers le mouvement *evidence-based medicine* participe d'une «suspicion radicale» envers toute forme de proximité des médecins par l'émergence d'une « objectivité dans la distance » (p. 136).

<sup>21</sup> Remarquons que les types de protocole de recherche les plus fréquemment rencontrés en travail social, soit l'analyse qualitative de contenu et les recensions non systématiques des écrits, se retrouvent tout au bas de cette pyramide.

La genèse du mouvement *Evidence-based medicine* (EBM) repose donc sur le constat qu'il y a un hiatus important entre les connaissances scientifiques existantes et la pratique clinique des médecins, ce qui a pour effet d'engendrer trois types d'effets pervers : une surutilisation d'interventions dont l'inefficacité est scientifiquement prouvée, une sous-utilisation d'interventions réellement efficaces, et une utilisation inappropriée d'interventions dans des contextes où il est démontré que leur efficacité est scientifiquement mitigée (Sackett, Rosenberg, Muir Gray, Haynes et Richardson, 1996). Pour les promoteurs de la médecine fondée sur les résultats probants, ces constats appellent à la nécessité de mettre en place des mécanismes rigoureux et transparents d'agrégation, de validation et de diffusion des fruits de la recherche en temps court puisque le clinicien, auquel incombe l'obligation déontologique de maintenir à jour ses connaissances, ne pourra, malgré sa bonne volonté, absorber la masse d'informations scientifiques requise pour rencontrer les standards de qualité attendue, surtout dans un contexte de croissance exponentielle des savoirs (Leipzig, 1998).

Reprenant l'entreprise de rationalisation de la pratique médicale amorcée par Cochrane, un groupe d'épidémiologistes qui se nomme *Evidence-Based Medicine Working Group*, œuvrant à l'École de médecine de l'Université McMaster, en Ontario, a véritablement mis à l'avant-scène internationale le concept d'EBM. Sackett et ses collaborateurs ont développé une approche de la prise de décision clinique qu'ils présentent dans l'ouvrage *Clinical Epidemiology, a Basic Science for Clinical Practice* (Sackett, Haynes, et Tugwell, 1985). La médecine fondée sur les résultats probants a suscité de nombreuses critiques au sein même de la profession médicale, notamment en réaction à la sévérité du jugement que ces auteurs portaient sur les pratiques courantes en médecine :

Evidence-based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research. Evidence-based medicine requires new skills of the physician, including efficient literature searching and the application of formal rules of evidence evaluating the clinical literature (EBMWG, 1992, p. 2420).

À la suite du tollé général provoqué par cette prise de position, la définition de la médecine fondée sur les résultats probants, proposée ultérieurement par Sackett et ses collègues, a accordé davantage de place à l'expertise professionnelle du praticien ainsi qu'aux préférences exprimées par le patient<sup>22</sup> :

Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. By individual clinical expertise, we mean the proficiency and judgement that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice. [...] Evidence based medicine is not “cookbook” medicine. Because it requires a bottom up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patient's choice, it cannot result in slavish, cookbook approaches to individual patient care (Sackett *et al.*, 1996, p. 71-72).

On peut constater que cette version de la définition réintègre les savoirs d'expériences du praticien autonome mais en les assujettissant à une régulation externe en appui sur des savoirs probants hétéronomes.

---

<sup>22</sup>Davidoff, Haynes, Sackett et Smith (1995) identifient cinq principes inter-reliés qui constituent la grammaire de base de la médecine fondée sur les résultats probants:

1. Les décisions cliniques doivent être fondées sur les meilleurs résultats probants disponibles.
2. C'est la situation clinique réelle, plutôt que les habitudes ou les protocoles établis, qui doit guider le type de résultats probants à recenser.
3. L'identification des meilleurs résultats probants implique d'intégrer les savoirs d'ordre épidémiologique et bio-statistique à ceux qui découlent de la pathophysiologie et de son expérience personnelle.
4. Les conclusions tirées de l'identification et de l'évaluation des résultats probants ne sont utiles que si elles sont transformées en actions cliniques auprès du patient ou intégrées à la prise de décisions concernant la santé.
5. Le praticien doit constamment réévaluer ses performances dans l'application de cette démarche.

### *1.5.2.2 La diffusion des connaissances et les guides de pratique*

Les approches fondées sur des résultats probants s'appuient sur la production de connaissances correspondant à des critères de validité précis, que, par la suite, elles diffusent afin qu'elles soient adoptées dans la pratique clinique des professionnels. Cela se fait notamment par l'intermédiaire de guides de pratique ou sous une forme spécifique, à savoir, les outils cliniques standardisés, sur lesquels nous reviendrons plus loin,

Bien que les guides de pratique soient antérieurs au mouvement des approches fondées sur les résultats probants, ils s'y sont intégrés facilement. Les guides de pratique sont « des énoncés développés de façon systématique pour aider les professionnels et les patients à prendre des décisions sur ce qui constitue des soins appropriés dans des circonstances spécifiques » (Beaulieu, 1999, p. 527). Ces guides de pratique peuvent être élaborés soit à partir d'avis d'experts reconnus, soit sous la forme de conférences de consensus, soit encore à partir de résultats probants. Bien que cette dernière forme soit considérée comme étant moins encline à verser dans la subjectivité, les trois sont parfois combinées, surtout quand les résultats probants sont rares (Castel et Merle, 2002). Ces guides sont dotés d'une fonction normative puisqu'ils précisent de façon très détaillée l'ordonnancement des interventions à réaliser en fonction du contexte (Harrison, 1998; Timmermans et Kolker, 2004). Dans le cadre du travail social, le mouvement des guides de pratique est demeuré relativement marginal (Howard et Jenson, 1999).

Pour les promoteurs de ce mouvement, la diffusion passive des connaissances ne suffit pas à implanter une pratique fondée sur les résultats probants. Howard et Jenson (1999), de même

qu'Howard, McMillen et Pollio (2003), suggèrent de synthétiser l'information sous forme de guides de pratique afin de la rendre davantage *user-friendly*. Par exemple, Thyer (2002) recommande que ces guides portent sur des problèmes d'intervention cliniques ciblés plutôt que sur des approches d'intervention plus générales propres au travail social. Selon Thyer, l'élaboration de guides de pratique centrés sur des problèmes spécifiques devrait être fondée sur une démarche multidisciplinaire et recenser les écrits provenant des autres professions portant sur un problème spécifique. Toutefois, malgré cette ouverture à l'interdisciplinarité dans la rédaction de guides de pratique, l'orientation de l'intervention sur des problématiques spécifiques pourrait avoir pour effet de réduire la perspective d'intervention écologique propre au travail social, laquelle, le plus souvent, porte sur plusieurs objets simultanément (Howard, McMillen et Pollio, 2003).

Nous avons vu dans les pages qui précèdent que la vaste entreprise de rationalisation de la médecine prônée par Cochrane se voulait d'abord et avant tout un mouvement clinique visant à faire progresser le caractère scientifique de la médecine. Toutefois, nous verrons plus loin que les approches fondées sur des résultats probants ont connu une audience exceptionnelle auprès des décideurs publics et des concepteurs des politiques sociosanitaires. L'adoption des approches fondées sur des résultats probants par les gestionnaires publics, à tout le moins sur le plan du discours, a été un vecteur de leur diffusion très rapide dans plusieurs autres professions en quête de légitimité, dont le travail social.

#### *1.5.2.3 La perspective evidence-based et les politiques sociosanitaires*

Nous retraçons maintenant dans quelle condition s'est opérée la migration des principes guidant la médecine fondée sur les résultats probants vers la gestion des politiques de santé et

des services sociaux ainsi que les enjeux que ce nouveau paradigme soulève pour l'autonomie professionnelle.

C'est au Royaume-Uni, sous l'égide d'un gouvernement travailliste, que le concept de résultats probants a été véritablement mis à l'avant-scène dans la gestion des politiques sociosanitaires (*evidence-based healthcare*). À ce propos, la citation du premier ministre travailliste de l'époque est restée célèbre: « *What counts is what works* » (Sanderson, 2004, p. 367). Désormais, les interventions étatiques dans le domaine de la santé et des services sociaux devront s'appuyer sur la preuve factuelle de leur efficacité et de leur efficience, ce qui appelle à la création d'outils cliniques standardisés auxquels seront associés des dispositifs de monitoring de l'action des professionnels.

Historiquement, à l'instar des autres métiers relationnels, la profession médicale s'est montrée très résistante aux interventions des politiciens et des gestionnaires publics visant à la contrôler<sup>23</sup>. Or, nous avons vu que les approches fondées sur des résultats probants se présentent comme une modalité de régulation des pratiques professionnelles, voire comme un dispositif d'exo-contrôle ayant le pouvoir de faire ployer l'autonomie des professionnels : « *the new scientism appears to offer politicians less pain, less responsibility for taking difficult decisions, and a legitimate way of curbing what are often seen as the idiosyncratic and extravagant practices of doctors* » (Klein, 1996, p. 85). Toutefois, pour certains, le discours sur les résultats probants met en jeu de nouvelles normes à la fois sur le plan clinique,

---

<sup>23</sup> Notre propos ne vaut pas que pour la pratique professionnelle des médecins. Toutefois, l'autonomie professionnelle des médecins constitue la forme la plus large d'autonomie, comme nous le montrerons plus loin. En ce sens, pour les gestionnaires publics, l'usage de dispositifs permettant de contrôler la pratique médicale est souhaité depuis longtemps.



sur le plan économique et sur le plan social. Ce contexte d'émergence des approches fondées sur des résultats probants reflète une ambivalence dans l'opinion publique envers la valeur de l'expertise professionnelle et de la science, toutes deux remises en question, et ce, relativement à une perspective consumériste (Trinder et Reynolds, 2000). En accord avec cette dernière, les individus effectuent des choix rationnels dans le but de maximiser leurs intérêts personnels et deviennent des interlocuteurs actifs plutôt que des récepteurs passifs dans le choix des services qu'ils reçoivent (Harris, 2009). Ce renversement de pouvoir s'accompagne d'une fragilisation de la légitimité du statut professionnel des acteurs et d'une mise sous pression de l'autonomie professionnelle de ces acteurs, notamment par l'introduction de mécanismes de marché, comme c'est le cas au Royaume-Uni, ou par la diffusion, par l'intermédiaire de banques de données accessibles au public, de résultats de la recherche ou de guides de pratique. Selon les défenseurs des approches fondées sur des résultats probants, l'accès du public à ces banques de données favoriserait une plus grande autonomisation des consommateurs face aux soins dispensés par le praticien. Du point de vue de la NGP, cette scientificité se présente comme un gage de sécurité et de qualité tant pour les acteurs professionnels, les gestionnaires, les chercheurs que pour les consommateurs (Trinder et Reynolds, 2000)

Cependant, pour Webb (2001, p. 60), les pratiques fondées sur des résultats probants participent d'une « culture de la performance » dans leur triple finalité de contrôler la qualité, d'optimiser l'efficacité et de réduire les risques occasionnés par les interventions sociosanitaires. Cette culture de la performance s'inscrit dans un « paradigme moderne de la raison » (Sanderson, 2004, p. 368). Étant donné que la gouvernance des politiques publiques du champ sociosanitaire est remise en cause, notamment par le biais des thèses néolibérales, le

mouvement des résultats probants apparaît comme une stratégie ayant pour but d'accroître la légitimité de l'action publique en inscrivant cette dernière dans le registre d'une rationalité instrumentale. Or, comme nous le montrerons, ces fondements normatifs sont très contestés en travail social.

L'accent mis sur la science, plus précisément sur la science postpositive, instaure un processus estimé transparent qui exclurait l'incertitude. Les pratiques fondées sur des résultats probants imposent donc un déplacement du locus de la confiance en privilégiant davantage la « confiance publique », qui contribue à définir les relations contractualisées entre les individus et les systèmes, au détriment de la « confiance privée » (Harrison et Smith, 2004, p. 378), qui caractérise les relations entre les personnes, notamment la relation entre un praticien et son client<sup>24</sup>. Sur le plan clinique, la confiance envers les soins reçus s'appuie moins sur la seule relation avec le praticien que sur une rationalité partiellement externe à cette relation. Ainsi, le locus de la confiance se trouve transféré d'un individu réputé faillible vers un système contrôlé et contrôlant, avec pour corollaire que les idéologies et les opinions des praticiens cèdent le pas à la science, estimée neutre (Lohr, Eleazer et Mauskopf, 1998; Trinder et Reynolds, 2000). Pour Setbon, ce processus opère un glissement dans la conception des services, qui ne sont plus considérés comme un « acte individuel », mais plutôt comme le « produit d'un système organisé » (2000, p. 54). En terminant, il ressort du point de vue des auteurs précédents que les pratiques fondées sur des résultats probants remettent en cause le concept d'autonomie professionnelle en attaquant certains fondements de la professionnalité elle-même. Le tableau I propose une comparaison des approches fondées sur les résultats

---

<sup>24</sup> Dans le texte original, Rose utilise les concepts *trust* et *confidence*, qui ont été traduits respectivement par confiance privée et confiance publique.

probants et quelques principes relatifs à ce que nous avons exposé sur l'autonomie professionnelle.

<b>Tableau I : Principes des pratiques autonomes et des pratiques fondées sur les résultats probants</b>		
	<b>Pratiques autonomes</b>	<b>Pratiques fondées sur des résultats probants</b>
<b>Savoirs</b>	Accumulés par l'expérience	Cycle d'obsolescence rapide (Mykhalovski et Weir, 2004)
<b>Épistémologie</b>	Constructiviste et interprétativiste	Poppérienne
<b>Intervention</b>	En appui sur la relation	En appui sur la rationalité instrumentale (Sanderson, 2004)
<b>Confiance</b>	Soutenue par la relation (Harrison et Smith, 2004)	Soutenue par des dispositifs externes (Harrison et Smith, 2004)
<b>Logique</b>	Contexte et singularité de l'usager	Épidémiologie des grands nombres

### *Conclusion partielle*

Dans les deux sections précédentes (section 2.5.1 et 2.5.2), nous avons montré que deux logiques de performance, l'une managériale, l'autre clinique, traversent la gouvernance des politiques sociosanitaires de l'État social. Il serait évidemment simpliste de réduire l'ensemble des conceptions actuelles des politiques sociosanitaires à ces deux seules logiques, mais nous pensons avoir montré les liens entretenus par ces logiques avec l'évolution de la professionnalité et l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux.

### **1.6 Le rapport des travailleurs sociaux à la standardisation en contexte de RSIPA : recension des écrits**

En conclusion à la présentation de notre problématique, nous dégagerons maintenant des constats transversaux émergeant des écrits scientifiques relativement à la standardisation en contexte de réseaux intégrés de services destinés aux personnes âgées. Comme nous l'avons évoqué plus haut, les notions de standard et de standardisation constituent des objets difficiles

à cerner parce qu'ils sont multiformes. Si un volume important d'articles a été produit en lien avec la mise en œuvre d'approches fondées sur les résultats probants, nous n'avons pas repéré d'écrits directement reliés à la standardisation des pratiques en contexte de RSIPA. Nous avons alors fait porter notre recension sur quatre thématiques liées, soit

- 1-) le rapport du travail social à la standardisation;
- 2-) le rapport du travail social à la managérialisation;
- 3-) le rapport du travail social aux pratiques fondées sur les résultats probants ;
- 4-) le rapport du travail social à la gestion de cas comme composante des réseaux intégrés de services destinés aux personnes âgées.

Ces quatre thématiques présentent les différentes facettes de la standardisation que l'on retrouve dans les écrits abordant la standardisation en travail social.

### ***1.6.1 Le rapport du travail social à la standardisation***

La question de la standardisation des pratiques d'intervention en travail social est l'objet de débats récurrents (Timmermans et Berg, 2003; White, 2009) qui s'inscrivent le plus souvent dans des positionnements idéologiques forts, que nous avons cherché à tenir à distance en produisant une problématisation de notre objet qui rend compte de la diversité des points de vue. L'histoire du travail social a été traversée par divers courants épistémologiques (Lecomte, 2002) valorisant plus ou moins la standardisation. De l'intérieur de la profession, certains appelaient la discipline à tendre vers les sciences dites exactes (par exemple, Fischer, 1976; Flexner, 1915; Jenson, 2005). Ces préoccupations de scientificité, dont l'une des formes empiriques est la protocolarisation des pratiques, étaient présentes dès le début du XXe siècle dans les écrits fondateurs du travail social de Mary Richmond et Joseph Rowntree. Mais,

rétrospectivement, plusieurs auteurs ont constaté que, sur ce plan, les succès se sont révélés modestes (Jenson, 2005; Sheldon et McDonald, 1999). Cette volonté de protocolisation se traduit aujourd'hui dans le discours des adeptes des approches fondés sur les résultats probants. Les tenants de l'autre pôle du débat s'opposent à la standardisation, qu'ils voient comme une épistémologie réductionniste. Pour des derniers, la complexité de l'action correspond à une dimension fondatrice de la profession des travailleurs sociaux (Couturier et Legault, 2002). En outre, l'activité d'intervention du travailleur social se caractérise par un nécessaire bricolage *ad hoc* qui la rend très difficile à prescrire (Soulet, 1997).

Quoi qu'il en soit de ce débat d'ordre épistémologique, la pratique du travail social a été marquée historiquement par de nombreuses formes de standardisation, qu'elles soient administratives, normatives ou cliniques. Au Royaume-Uni, notamment dans les domaines de la planification des soins et de l'évaluation des besoins (Lymbery, 1998; 2001), plusieurs efforts de standardisation ont été accomplis. Cette nouvelle culture managériale d'un travail social plus performant s'oppose ou cherche à s'articuler, selon les points de vue, à l'ancienne culture du travail social, davantage critique, associée à ce qu'on pourrait qualifier l'*éthos* de la relation (Grimaldi, 2004 ; Kirkpatrick, 2006). Selon Dubet,

les travailleurs sociaux auraient une vision romantique de leur métier, construite sur la transgression et l'idéal de la relation [qui les] conduit à penser que le meilleur et le plus essentiel du travail se fait dans une sorte de clandestinité, de manière invisible et au-delà du mandat officiel (2002, p. 250).

Dans le même ordre d'idées, pour Demailly, le travail social, en tant que métier relationnel, a tendance à se replier dans un « humanisme mou » (1998a, p. 18) et à s'exclure des débats théoriques sur le devenir de sa professionnalisation en postulant que « la relation, l'humain, devrait échapper à l'analyse, l'objectivation [...] car, soi-disant, ils ne sauraient être

sérieusement pensés que selon l'ordre des fins et des intentions intimes, c'est-à-dire philosophiquement » (1998, p. 18). De ce point de vue, toute forme de standardisation ou de protocolarisation des interventions apparaît comme une trahison, et ce, d'autant plus si le locus de production de la norme est extrinsèque à la profession. Pour certains, les transformations actuelles, alliant managérialisation et standardisation, correspondent à une attaque contre le *praticien réflexif autonome*, qui se voit spolié de son radicalisme et de son pouvoir transformateur (White, 2009), tandis que d'autres, dans une perspective foucauldienne, estiment que cette réflexivité est conscrite dans un paradigme managérial (Couturier, 1999; 2006; Gomez, 2005).

### ***1.6.2 Le rapport du travail social à la managérialisation***

Nous avons montré que la standardisation comporte une valence managériale et clinique et que ces deux éléments sont intrinsèquement liées. De nombreux écrits anglo-saxons<sup>25</sup>, français et québécois portent sur la managérialisation du travail social et sur un de ses corollaires, la standardisation des pratiques. Ces textes font état d'une transformation substantielle du travail social avec l'introduction de réformes issues de la NGP (Bourque, 2009 ; Evans et Harris, 2004; Harris et White, 2009; Kirkpatrick, 2006; Larivière, 2005; 2007). Pour Lymbery (1998), l'introduction de l'idéologie managériale dans les politiques publiques a rompu l'équilibre des pouvoirs entre les acteurs cliniques, les gestionnaires et les universitaires au profit d'une domination de la logique managériale. Pour Amadio (2009), la contractualisation en rapport avec la managérialisation du travail social en France est associée

---

<sup>25</sup> Les transformations opérées dans la gestion des politiques sociosanitaires du Royaume-Uni et du Québec, bien que plus draconienne au Royaume-Uni, comportent de nombreuses similitudes. Ceci explique notre intérêt pour ces écrits.

à une perte de sens et à un amenuisement de l'esprit critique des praticiens, et plus largement à une précarisation des institutions qui les portent :

Le discours sur l'évaluation effective du travail social entre en contradiction avec la production des travailleurs sociaux et oppose leur temps de performativité qui prenait le temps de travailler avec l'incertain, le fragile, le singulier, à un temps compulsif de l'accumulation et de la quantité (Amadio, 2009, p. 6).

Il ressort de la position adoptée par Amadio que la logique managériale remet en cause la temporalité du travail d'intervention des travailleurs sociaux en l'assujettissant à une temporalité qui ne tient pas compte du caractère complexe et imprévisible de l'intervention clinique. Suivant Demailly, ces rationalisations réduisent la professionnalité à une professionnalité managérialisée (1998a, 1998b)<sup>26</sup>. Pour plusieurs, la managérialisation du travail social apparaît comme un accroissement d'une nouvelle modalité d'exo-contrôle des pratiques professionnelles des praticiens (Chopart, 2000; Dodier, 2007; White, 2009). Les effets des réformes actuelles dans les réseaux publics de santé et de services sociaux sur l'autonomie professionnelle ont été explorés sous l'angle de l'introduction d'une « concurrence dirigée » sur des modalités d'intervention particulière (Randall et William, 2009, p. 51). Pour les travailleurs sociaux, la question de l'autonomie professionnelle est depuis toujours préoccupante car elle soulève notamment des enjeux éthiques importants (Fortin, 2003). D'ailleurs, l'autonomie professionnelle est associée à un degré plus élevé de satisfaction au travail et à un plus grand engagement dans les activités professionnelles (Randall et William, 2009). Or, la managérialisation du travail social est simultanément porteuse de logiques de déprofessionnalisation et de professionnalisation, de la première parce qu'elle est associée à une centralisation des pouvoirs aux mains des gestionnaires, notamment

---

<sup>26</sup> La professionnalité managérialisée comporte les éléments suivants : inscription dans des projets, relation de service individualisée, inscription dans des réseaux, évaluation permanente et contrainte de résultats, flexibilisation des conditions de travail et transparence (Demailly, 2008).

par la multiplication des efforts de mesure et la standardisation des procédures afin de soutenir la performance, et de la seconde parce qu'associée à une décentralisation du pouvoir par l'entremise d'appels à l'initiative personnelle et à la polyvalence, de même que par l'instauration de pratiques interdisciplinaires et la capitalisation des savoirs collectifs (Demailly, 2008). Enfin, pour Evans et Harris (2004), qui conçoivent l'autonomie professionnelle des acteurs en termes de discrétionnarité, au sens où le conçoit Lipsky (1995), cette discrétionnarité ne serait pas nécessairement entravée par la multiplication de règles.

### ***1.6.3 Le rapport du travail social aux pratiques fondées sur les résultats probants***

En travail social, les pratiques fondées sur des résultats probants sont principalement d'origine anglo-saxonne. De fait, les écrits sur ce sujet proviennent de deux foyers de diffusion majeurs, soit le Royaume-Uni et les États-Unis. Outre les liens étroits entre la promotion des résultats probants et la mise en place de politiques publiques d'orientation NGP, d'autres facteurs ont contribué à susciter l'intérêt des travailleurs sociaux à leur égard. Au Royaume-Uni, l'image publique du travail social a été l'objet d'un traitement vitriolique de la part des médias à la suite de révélations sur d'importantes lacunes dans le système de protection de la jeunesse (Ferguson, 2003). Aux États-Unis, où le secteur privé joue un rôle majeur, la pression sur les travailleurs sociaux est venue de groupes d'intérêts privés, en particulier des mutuelles d'assurances. En effet, le développement du *managed care* encourage l'utilisation d'interventions dont l'efficacité a été démontrée (Lecomte, 2003), ce qui peut parfois aller jusqu'à limiter le choix d'interventions à une seule option (Tanenbaum, 2005). Sur le plan juridique, l'apparition de législations plus sévères concernant l'imputabilité professionnelle exerce elle aussi une pression tangible sur les décisions professionnelles des acteurs cliniques,



qui doivent respecter certaines normes d'intervention afin d'éviter des poursuites judiciaires (Howard, McMullen et Pollio, 2003; Raines, 2004).

Partant de ces contraintes pesant sur les pratiques professionnelles, nous examinerons maintenant le champ argumentaire des promoteurs des pratiques fondées sur des résultats probants en travail social. Nous verrons, de leur point de vue, en quoi cette perspective peut se présenter comme une occasion de reconnaissance de la profession (Sheldon, 2001) en la faisant accéder à la « grandeur des sciences exactes » (Couturier et Carrier, 2003, p. 69).

#### *1.6.3.1 Les arguments des promoteurs*

La défense des pratiques fondées sur les résultats probants en travail social s'articule autour d'un argumentaire faisant appel à une éthique de la performance et de la rationalité (Webb, 2002). Ainsi, les impératifs éthiques de la profession imposent de dispenser des services de la meilleure qualité possible (Raines, 2004), ce qui s'inscrit dans le mode de pensée des *audit societies* (Power, 1997), qui cherchent à assurer la qualité des services au moyen de la standardisation. De plus, dans un contexte de raréfaction des ressources, les acteurs cliniques ont l'obligation de s'appuyer sur des interventions dont l'efficacité est démontrée, et ce, d'autant plus que la méconnaissance des meilleurs traitements prive la personne des bienfaits espérés de l'intervention du travailleur social (Gambrill, 2003). En outre, comme nous l'avons mentionné plus haut, plusieurs auteurs avancent l'idée que les résultats probants permettent d'impliquer les usagers dans le processus de soins (Gambrill, 2003). Toutefois, d'aucuns pensent que cette participation renvoie davantage à une logique de satisfaction du consommateur qu'à une participation réelle à titre de citoyen (Humphries, 2003). Selon Gambrill (1999; 2003), le travail social ne parvient pas à démontrer la valeur de ses

interventions et s'appuie sur des arguments d'autorité ou axiologiques plutôt que sur la démonstration tangible de son efficacité. Les pratiques dénoncées, qualifiées d'autoritaires, s'appuient sur des critères tels que les croyances, l'intuition, l'expérience anecdotique, l'opinion et les modes au lieu de se baser sur des faits (Gambrill, 2003). Or, de ce point de vue, le recours aux résultats probants permettrait de combattre le pouvoir discrétionnaire inhérent au caractère tacite et aléatoire de la pratique (Gambrill, 1999; Proctor, 2002) et, par le fait même, d'accéder aux attributs de rigueur de la profession médicale. Pour Sheldon, le processus de prise de décision en travail social se révèle inefficace, subjectif et prisonnier des routines établies, des idées reçues et des pressions exercées par le groupe de pairs ; au contraire, l'emploi d'approches fondées sur les résultats probants permettrait « d'immuniser le [travailleur social] contre l'acceptation facile d'idées fameuses, seulement parce qu'elles sont fameuses » (2001, p. 803).

Plusieurs écrits, dont ceux de Proctor (2002), démontrent que les travailleurs sociaux ne s'appuient pas sur les résultats de la recherche pour prendre des décisions dans leurs interventions auprès de leurs usagers. En fait, ces derniers lisent très peu d'écrits scientifiques et leurs rares lectures se limitent souvent aux textes juridiques et politiques nécessaires à l'exécution de leur travail (Sheldon et McDonald, 1999). Ces lacunes s'expliqueraient par une antipathie généralisée chez les travailleurs sociaux envers la méthode scientifique, ce qui influencerait sur la qualité de leurs interventions et le développement de théories valides en lien avec les problèmes sociaux.

Le point de convergence de ces diverses influences repose sur la conception que la rationalité formelle résultant de pratiques basées sur les résultats probants peut produire, en travail social

comme en médecine, des résultats plus efficaces et mesurables (Webb, 2001). En définitive, selon le point de vue des promoteurs, les pratiques fondées sur les résultats probants permettent d'honorer les obligations éthiques de la profession et de contrôler l'exercice de cette dernière tout en développant une pratique systématique et planifiée. Les résultats probants se présentent également comme la réponse d'une frange postpositiviste de la discipline, qui se positionne face à un scepticisme interne et externe à la profession à l'égard de son efficacité, de sa professionnalité, de sa scientificité (Webb, 2002) et, plus fondamentalement, de sa légitimité.

#### *1.6.3.2 Les arguments des détracteurs*

Le point de vue de Webb (2001) est probablement celui qui est le plus fréquemment cité parmi les opposants aux résultats probants en travail social. Sa critique s'articule autour de deux axes, à savoir les fondements épistémologiques sur lesquels s'appuient les pratiques fondées sur les résultats probants et leurs assises idéologiques. Selon Webb, l'utilisation des résultats probants telle que présentée dans la définition proposée par Sheldon postule que le travailleur social devrait être un agent rationnel dont le processus de prise de décision pourrait être rattaché à une « théorie béhavioriste du processus de décision » (Webb, 2001, p. 61). Ce modèle décisionniste repose sur le postulat voulant que les individus adoptent un comportement rationnel qui les engage dans une démarche systématique ayant pour finalité d'optimiser leurs actions : « *If an agent has knowledge that one of its actions will lead to one of its goals, then the agent will select that action* » (Newell, 1982, p. 102).

Nous partageons globalement le point de vue de Webb, pour qui ce processus est foncièrement réducteur. En effet, le processus réel de décision en travail social est tout

autrement complexe puisque le jugement des praticiens est, entre autres, sujet à des biais cognitifs, marqué par des motivations personnelles (Webb, 2001) et influencé par les organisations, les politiques et les intérêts économiques en jeu (Couturier, Gagnon et Carrier, 2009; Webb, 2002). En outre, l'intervention des travailleurs sociaux se veut anticipatrice, non seulement parce qu'elle s'appuie non seulement sur les faits réels, mais aussi parce qu'elle se projette dans les possibles qui seront amenés par l'intervention. Fondamentalement, le modèle de rationalité implicite aux pratiques fondées sur les résultats probants, tel que proposé par ses promoteurs, repose sur une incompréhension de la nature profonde du travail social. En conclusion, en accord avec Couturier, Gagnon et Carrier (2009), il nous faut constater que les pratiques fondées sur des résultats probants opèrent trois formes de réductionnisme. Tout d'abord, elles produisent un réductionnisme épistémologique en écartant les méthodes scientifiques qui ne répondent pas à ses principes néopositivistes de hiérarchisation de la validité scientifique. Ensuite, elles entraînent *un réductionnisme du sens de l'action* par la minimisation du caractère singulier des besoins de l'utilisateur en ne tenant pas suffisamment compte des valeurs, des besoins et des préférences de ce dernier dans la prise de décision médicale qui le concerne (Bensing, 2000). De fait, les caractéristiques personnelles et idiosyncrasiques du patient qui n'ont pas été retenues comme variables dans les essais cliniques aléatoires peuvent parfois se voir réduites au statut de « nuisance », de bruit statistique, qui entrave la validité interne des études (Bensing, 2000). Enfin, ces pratiques introduisent un réductionnisme culturel étant donné que les résultats qui ne sont pas publiés en anglais sont peu ou pas indexés dans les banques de données.

Nous reconnaissons que plusieurs des arguments formulés par les promoteurs des pratiques fondées sur les résultats probants ne sont pas dénués de valeur et que nous ne pouvons pas les

écarter d'emblée. Cependant, il s'avère que la standardisation des pratiques en travail social constitue une réelle préoccupation identitaire pour les travailleurs sociaux. Il appert également que la mise en œuvre d'outils standardisés soulève des enjeux importants en lien avec leur appropriation par ce même groupe professionnel.

#### ***1.6.4 Le rapport du travail social à la gestion de cas comme composante des réseaux intégrés de services destinés aux personnes âgées***

Au Québec, peu de chercheurs se sont intéressés au point de vue spécifique des travailleurs sociaux sur l'implantation des RSIPA. À ce sujet, on peut penser qu'il s'agit de transformations trop nouvelles pour avoir fait l'objet d'une réelle problématisation. Des travaux récents (Demers et Pelchat, 2013) montrent que la notion d'intégration des services a en partie perdu son sens en étant réduite à l'une de ses dimensions spécifiques, soit l'intégration structurelle, par l'entremise des fusions qui occupèrent l'essentiel des forces managériales pendant les dix ans ayant suivi le lancement officiel de la réforme.

D'un point de vue général, l'implantation des RSIPA soulève plusieurs enjeux pour les travailleurs sociaux. Selon ces derniers, la coordination de leur action avec les acteurs hospitaliers est difficile, en particulier avec les médecins (Boudreault et St-Onge, 2007 ; Larivière, 2007 ; Lemieux, Grenier et Leblanc, 2001; Somme *et al.*, 2013). Davantage d'écrits portent sur la gestion de cas, une composante spécifique des RSIPA et antérieure à leur création. La gestion de cas représente une des formes les plus standardisées du travail social. En fait, la gestion de cas (*case management*) a depuis toujours été au cœur de la profession de travailleur social (Ashley, 1988), et, bien que la fonction de gestionnaire de cas ne soit pas spécifiquement dédiée aux travailleurs sociaux, ceux-ci y sont prédominants (Hofmarcher, Oxley et Rusticelli, 2007). Au Québec, l'arrivée de la gestion de cas constitue la résultante

d'une transformation dans la façon de concevoir l'offre de services, pensons par exemple à la désinstitutionnalisation dans le domaine de la santé mentale (Fleury, 2002). La gestion de cas apparaît aujourd'hui comme le dispositif professionnel de coordination le plus utilisé dans les pays faisant partie de l'OCDE (Hofmarcher, Oxley et Rusticelli, 2007).

Toutefois, des études québécoises font état d'un degré de satisfaction peu élevé des travailleurs sociaux par rapport à leurs nouvelles fonctions de gestionnaire de cas (Chouinard, 2007; Larivière, 2007). Plus spécifiquement, les réticences des travailleurs sociaux sont plus manifestes par rapport aux modèles de gestion de cas dits purs, jugés trop technicistes, comparativement aux modèles dits mixtes, considérés plus proches de la formation professionnelle des travailleurs sociaux car ils permettent de faire davantage de suivis psychosociaux auprès de la clientèle (Boudreault et St-Onge, 2007; Bourque, 2009; Carrier, Couturier, Gagnon et Chouinard, 2009). D'autres recherches relèvent également le manque de légitimité et de pouvoir des gestionnaires de cas (Larivière, 2007; Somme *et al.*, 2013). Notons que les constats qui précèdent s'inscrivent dans des processus de mise en place de RSIPA relativement peu avancés et, en ce sens, les représentations des acteurs reflètent une appropriation encore incertaine.

En fait, les écrits montrent que la gestion de cas suscite autant de crainte que d'espoir chez les travailleurs sociaux (Chouinard, 2007). Pour certains, la gestion de cas apparaît comme une menace à leur identité professionnelle, d'une part en raison d'un effritement du suivi psychosocial, colonisé par une logique médicale (Bourque, 2009), d'autre part parce qu'elle est associée à une fragilisation de l'identité professionnelle en contexte de pratique interdisciplinaire (Boudreault et St-Onge, 2007; Bourque, 2009; Lemieux, Grenier et Leblanc,

2001). Nous pouvons résumer les résistances des travailleurs sociaux face à la gestion de cas par trois peurs : « 1) la peur de la sanitarisation de l'intervention sociale, 2) la peur de la systématisation, et 3) la peur de l'usage politique de réformes à des fins technocratiques » (Carrier, Couturier, Gagnon, Somme et Chouinard, 2009, s. p.). Pour d'autres, la gestion de cas se présente comme une occasion pour la profession car la formation des travailleurs sociaux leur permet d'assumer positivement un rôle d'interface (Couturier, 2006; Gagnon, 2007) entre le système-client et le système d'intervention. Dans cette perspective, le gestionnaire de cas a pour mandat :

de ramener dans l'acte clinique les contraintes relatives aux ressources, qu'il se doit, et ce, statutairement, d'infléchir le système au bénéfice de l'utilisateur, évidemment autant que faire se peut. Les compétences communicationnelles, médiatrices et de négociation au travail, comme la capacité de mobilisation des ressources formelles et informelles, voire la compétence d'organisation communautaire qui habilite les intervenants sociaux à lire et à agir sur un environnement complexe, prennent valeur (Carrier *et al.*, 2009, s. p.).

En conclusion, on constate que les données empiriques portant sur le processus de mise en œuvre des RSIPA sont encore fragmentaires et le plus souvent liées à l'une de leurs composantes, en l'occurrence la gestion de cas. En outre, il importe de situer ces travaux dans un contexte de mise en œuvre souvent parcellaire, ce qui rend notre propre démarche de thèse d'autant plus pertinente.

## **1.7 Notre questionnement de recherche**

Comme nous l'avons abondamment illustré, la standardisation des pratiques apparaît comme une composante prégnante des nouvelles modalités d'organisation des services de santé et sociaux pour les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec. Elle traverse les grandes orientations définies par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment en lien avec le virage domicilo-centrique et l'implantation des RSIPA. De plus, les connaissances sur le pilotage des modèles d'intégration des services sont encore pauvres (Nies, 2006). Nous savons néanmoins que ce type d'innovations est difficile à implanter et, le plus souvent considéré comme un échec en raison d'une implantation inadaptée au contexte ou parce ces innovations ne produisent pas les résultats escomptés (Champagne, 2002). Nous pensons qu'il est nécessaire de mieux comprendre de quelle manière les travailleurs sociaux composent avec les standards et leur autonomie professionnelle car ce jeu nous renseigne à la fois sur leur rapport à la standardisation ainsi que sur leur appropriation des composantes standardisées des modèles d'intégration.

La quête d'autonomie apparaît comme un enjeu fondamental de la professionnalité. La recherche de la standardisation des pratiques par les concepteurs de politiques publiques et les gestionnaires sera toujours limitée par la complexité des situations cliniques et du pouvoir discrétionnaire dont disposent les intervenants. Nous avons problématisé le rapport entre l'autonomie et la standardisation en contexte de RSIPA pour le groupe des travailleurs sociaux, groupe qui représente une figure particulière dans le champ de l'intervention sociosanitaire. En effet, l'identité professionnelle des travailleurs sociaux est fragile, leur champ de compétence est mal défini et en concurrence avec celui des autres professions, et le



statut de leur profession en tant que discipline spécifique reste plus ou moins affirmé (Couturier, 2006). En outre, le rôle que les travailleurs sociaux sont appelés à jouer au sein des RSIPA les place à l'interface de plusieurs mondes, le social et le sanitaire, le système-client et le système d'intervention et, par conséquent, aux carrefours de plusieurs ensembles de règles porteuses de finalités d'action et de principes qui peuvent être à la fois antagoniques et synergiques.

Les nouvelles modalités d'organisation des services à l'œuvre dans le champ de la santé et des services sociaux représentent des changements majeurs tant sur le plan clinique que managérial et s'appuient sur un ensemble de dispositifs alimentés par la NGP et le mouvement des résultats probants, deux changements paradigmatiques qui soulèvent des débats importants chez les travailleurs sociaux. Nous pensons que ces réformes peuvent véhiculer de profondes contradictions qui influent sur le sens que leur donnent les travailleurs sociaux et, par conséquent, sur l'appropriation des dispositifs intégrateurs effectifs dans les RSIPA, notamment au moyen des outils cliniques portant la standardisation au plus profond des pratiques professionnelles.

Dans la même ligne de pensée que Tournay (2007a ; 2007b), nous voulons adopter une approche pragmatique face aux « vertus » et aux « périls » de la standardisation, c'est-à-dire que nous entendons nous dégager à la fois d'une lecture positive de la performativité intrinsèque de la standardisation des pratiques (posture philique) et d'une lecture voulant que toute standardisation constitue un abus potentiel de pouvoir (posture phobique). Ces deux points de vue extrêmes nous semblent tous deux naïfs parce qu'ils sont également idéalistes. À l'instar d'autres chercheurs (Couturier, 2009; Evans et Harris, 2004), nous préférons

adopter une position plus neutre, sensible à tous les enjeux que chacune des postures soulève et indépendamment des lectures politiques qu'il est possible d'en faire. Ainsi, avec Tournay, nous pensons que la standardisation n'a pas de valence positive ou négative *a priori* et que son éventuelle valeur dépendra de la capacité des acteurs à occuper l'espace de jeu nouvellement reconfiguré par ces réformes dans le contexte de leur mise en œuvre. Nos réflexions nous conduisent à articuler notre questionnement de recherche comme suit :

*Quels sont les rapports des travailleurs sociaux à la standardisation de leur pratique professionnelle dans le cadre de la mise en place des réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie?*

**Objectif général :**

Comprendre les rapports des travailleurs sociaux aux différentes dimensions de la standardisation de leur pratique professionnelle en contexte de RSIPA.

**Objectifs spécifiques :**

1. Décrire les formes de standardisation émergentes en contexte de RSIPA;
2. Dégager les éléments de contexte et les caractéristiques perçues des outils standardisés qui influent sur leur appropriation par les travailleurs sociaux;
3. Éclaircir la participation des travailleurs sociaux au processus de régulation des pratiques professionnelles;
4. Repérer les composantes des outils standardisés qui agissent comme des conditions structurantes de la pratique et celles qui se caractérisent par leur adaptabilité.

## 2.0 CADRE THEORIQUE

### 2.1 Une double perspective théorique

Dans les pages qui précèdent, nous avons montré que la standardisation des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux en contexte de réseaux intégrés de services met en jeu des ensembles de règles de toutes natures. Nous considérons que la standardisation se présente comme un phénomène à la fois tangible et intangible. On peut penser que les ensembles de règles qui découlent notamment de la standardisation ont à première vue une existence tangible, repérable notamment dans les outils cliniques standardisés, les protocoles et les dispositifs informatiques qui participent à l'activité professionnelle des travailleurs sociaux. Ces outils opèrent une forme de médiation de leur pratique au regard des règles que ces dispositifs contiennent. Mais les règles sont aussi intangibles du fait de leur incorporation dans la pratique des professionnels. Si les outils cliniques sont porteurs de certaines de ces règles tangibles, c'est leur appropriation dans des contextes réels de pratique qui constitue un analyseur potentiellement riche du mouvement de constitution de nouvelles règles car dans l'usage des outils peuvent se rencontrer toutes les sources de régulation.

La réflexion que nous avons menée dans la première partie de notre problématique, en appui sur les écrits de Timmermans et Berg (2003), de Mintzberg (1982) et de Brunsson et Jacobsson (2000), nous a permis dans un premier temps de conceptualiser la standardisation comme une modalité de régulation des pratiques professionnelles en tentant de mettre à distance tout débat axiologique. Dans un deuxième temps, les écrits de ces mêmes auteurs nous ont conduits à dresser un portrait des formes de standardisation que nous pourrions rencontrer. De même, nous avons soutenu que, pour prendre vie, les ensembles de règles portées par la standardisation doivent se traduire dans les usages des acteurs dont elles

soutiennent et cadrent les actions. Les écrits précités se montrent en partie aveugles aux processus de négociation et aux rapports de pouvoir qui se jouent dans l'élaboration, l'adaptation et la négociation observables dans l'utilisation effective de ces standards<sup>27</sup>.

Notre cadre théorique se déploie sur deux plans. Le premier plan, que nous avons nommé *La standardisation comme processus de régulation*, nous conduit à concevoir la standardisation comme une modalité de régulation s'effectuant à la rencontre de multiples logiques d'action porteuses d'ensembles de règles qui leur sont propres. Nous nous intéresserons aux formes de régulation produites par les acteurs à l'interface de ces logiques et aux règles partagées qui en résultent. La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud (1988; 1989; 1995; 1997; 2003a; 2003b) se situe au cœur de cette première perspective théorique. Elle nous permet, d'une part, d'enrichir la logique définitoire et typologique que nous avons élaborée en première partie de notre problématique pour y ajouter une logique de processus et, d'autre part, d'appréhender le jeu avec les ensembles de règles qui animent l'activité d'un collectif d'acteurs.

Sur le second plan théorique, nous nous approchons de l'activité réelle des travailleurs sociaux telle qu'elle est observable dans leur usage des outils standardisés. Pour ce faire, nous avons considéré que ces outils s'apparentent à une certaine forme de *technique*, qui correspond à une action instrumentalisée permettant à des acteurs d'agir afin de réaliser une finalité prédéterminée. Ce second plan nous permet de faire appel à un vaste corpus théorique sur le rapport entre un acteur et la technique comme force potentielle de standardisation (Alter, 2005; de Certeau, 1980; Dodier, 1995; Ellul, 1990; Flichy, 2003; Jouët, 1993, 2000; Millerand, 1998;

---

<sup>27</sup> Il est en effet reconnu que les rapports de pouvoir jouent un rôle significatif dans l'adoption d'une nouvelle idée, une perspective très peu considérée dans les écrits qui s'intéressent à la diffusion de nouvelles idées, d'innovations, dans une organisation ou un milieu social donné (Greenhalgh, Robert, Bate, Kyriakidou, Macfarlane et Peacock, 2005; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et Kyriakidou, 2004).

Rabardel, 1995). Ce rapport peut être observé au moment de l'usage de la technique. Ces apports théoriques nous conduisent à concevoir le rapport des professionnels à la standardisation au regard des outils standardisés promus par les dispositifs intégrateurs ici à l'étude. C'est dans cet esprit que nous avons intitulé notre deuxième plan théorique *La standardisation comme technique en usage dans l'activité*.

## **2.2 Premier plan théorique. La standardisation comme processus de régulation**

La théorie de la régulation sociale (TRS) a été élaborée par Jean-Daniel Reynaud à partir de l'analyse des négociations collectives et des conflits dans les relations de travail. L'intérêt heuristique de la théorie de la régulation pour expliquer les rapports sociaux est largement reconnu dans le domaine de la sociologie des professions et des organisations (de Terssac *et al.*, 2003). L'essentiel de la construction théorique élaborée par Reynaud est condensé dans trois ouvrages : *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, paru en 1989 et révisé pour sa troisième édition en 1997, *Le conflit, la négociation et la règle*, publié en 1995, et un collectif d'auteurs qui mettent à l'épreuve la TRS à la lumière de leurs propres travaux, *La théorie de la régulation sociale de Jean Daniel Reynaud : Débats et prolongements* (de Terssac *et al.*, 2003).

### **2.2.1 Systèmes sociaux et règles**

Tout exercice de théorisation sur le rôle des systèmes sociaux convie à réfléchir sur l'agrégation des comportements individuels des acteurs. Comme le montre la TRS, les systèmes sociaux ne peuvent se réduire à une simple combinaison d'actions définies de manière différente selon les contextes par des acteurs répondant à des intérêts individuels. Ces comportements reposent toujours sur des *règles* partagées qui créent un lien social entre les

acteurs, qu'ils soient professionnels ou organisationnels. Ainsi, le contrôle social constitue l'activité menée par la société en vue de maintenir les règles et de lutter contre la déviance qui mettrait en péril l'ordre d'un système. Reynaud se démarque de plusieurs courants sociologiques en accord avec cette perspective. En effet, il refuse la thèse marxiste d'un conflit central de même que le fonctionnalisme parsonien posant l'ordre comme principe absolu en soutenant plutôt le point de vue d'un « social multiple, polymorphe, construit par des acteurs, et sans téléologie » (Hatchuel, 2003, p. 290). Ainsi, les règles ne sont pas imposées par une conscience collective, au sens où l'entend Durkheim. Au contraire, la contrainte sociale émerge de la négociation de règles communes entre acteurs possédant certes différents capitaux mais ayant une capacité dans le jeu. La construction de l'espace social s'élabore par la production endogène de règles communes aux groupes sociaux plutôt que par l'imposition extérieure de ces règles. La règle devient alors le fait social par excellence, et l'activité de régulation, soit le processus par lequel ces règles sont négociées en situation, un enjeu social fondamental pour appréhender le changement et la stabilité des formes sociales.

En ce sens, la théorie de la régulation sociale représente un renversement par rapport au paradigme fonctionnaliste, selon lequel les valeurs et les normes déterminent le fonctionnement d'un individu dans le système social (de Terssac *et al.*, 2003). Les règles ne sont ni immuables, ni transcendantes à l'activité humaine. Au contraire, même s'il existe des sources instituantes de régulation, ce sont plutôt des acteurs sociaux capables d'autonomie qui produisent le système en construisant des règles sociales et en y consentant. Si le produit de la négociation peut néanmoins entrer en tension avec les règles instituées, la TRS cherche à dépasser le dualisme acteurs stratégiques/système contraignant en intégrant dans son cadre de réflexion à la fois le calcul et la norme (Bréchet, 2008).

### ***2.2.2 Le maintien des règles***

Pour Reynaud, la notion de règle est centrale car elle est un principe organisateur de toute pratique<sup>28</sup>. Les règles peuvent se manifester sous la forme d'une injonction ou d'une interdiction qui dicte les comportements des acteurs, mais, le plus souvent, elles se veulent « un guide d'action, un étalon qui permet de porter un jugement, un modèle qui oriente l'action » (de Terssac *et al.*, 2003, p. 25). Elles sont aussi des routines qui guident l'action et « délimitent des espaces de référence pour l'action » (Hatchuel, 2003, p. 294). La règle est donc aussi habilitante.

Même si les règles sont le produit d'une activité de négociation permanente, elles exercent une contrainte bien réelle et tendent vers une stabilité en produisant une certaine inertie à l'égard du changement. Leur maintien s'appuie à la fois sur la contrainte qu'elles exercent sur l'individu, sur le fait qu'elles s'incorporent en lui comme parties de sa culture personnelle, professionnelle ou organisationnelle, mais aussi sur l'accord qu'elles suscitent en raison de leur relative légitimité. La contrainte peut se manifester par des sanctions spontanées ou organisées lorsque leur transgression constitue une atteinte à la morale ou au droit d'un groupe social donné. La sanction renforce la règle en punissant l'infraction.

La règle constitue également un critère de classement social. Ainsi, le respect de la règle est à la fois un moyen de marquer son appartenance à un groupe social et donc un instrument qui légitime un statut social, et l'objet d'un calcul d'intérêts, au sens où elle tend à correspondre à un point d'équilibre entre les attentes mutuelles des membres du groupe. De cette façon, la

---

<sup>28</sup> La notion de règle n'est pas clairement définie par Reynaud, et ce, même si elle constitue une notion centrale de sa théorie (Dressen, 2004).

TRS s'inscrit dans le prolongement de l'analyse des relations de pouvoir élaborée par Crozier et Friedberg (1981). Pour ces derniers, le pouvoir n'est pas substantif mais relationnel, et il n'est pas détenu par certains acteurs qui le posséderaient au détriment d'autres acteurs; selon Pezet et Louart, 2003, le pouvoir « est une relation de négociation » p. 13) dont les règles constituent l'enjeu. En ce sens, la TRS est une théorie du pouvoir dont l'objet est de comprendre la formation des règles et la définition des rapports asymétriques de dépendance qu'elles tendent à instituer. Ainsi, la standardisation peut se poser en pouvoir cherchant à plier l'action d'un acteur, mais celui-ci peut négocier les règles, les adapter, voire y contrevenir selon des configurations diverses et complexes.

Le respect d'une règle repose aussi sur la légitimité qui lui est conférée par un groupe social ou une communauté particulière. Ainsi, les règles possèdent un sens parce qu'elles se rapportent à la finalité, aux intentions et aux orientations d'une action commune, c'est-à-dire au projet d'un groupe social donné pour lequel elles constituent l'identité et fixent les frontières. C'est leur efficacité dans l'atteinte des objectifs définis par un projet qui constitue leur légitimité aux yeux des acteurs (Reynaud, 1989). Elles sont à la fois le fruit des projets d'un collectif et la condition de la formation et du maintien de ce collectif. Le processus de régulation relatif à un projet mobilise certains acteurs tout en en excluant d'autres. Ainsi, nous pouvons affirmer que le projet délimite un territoire, au sens où il conduit les acteurs à acquérir de l'autonomie dans le domaine qui relève de leur projet. En ce sens, dans le cadre d'activités en organisation qui impliquent de nombreux acteurs d'appartenance professionnelle différente, nous pouvons affirmer que les règles balisent l'espace dans lequel peut se déployer l'autonomie de ces acteurs. En plus de sa fonction de régulation, la règle est dotée d'une fonction cognitive puisqu'elle fixe le sens des actions et qu'elle procure un cadre sémantique aux perceptions et



au jugement des acteurs appartenant à un groupe social. Ce cadre permet de guider leurs décisions, et ce, de façon relativement économique sur le plan cognitif. Ainsi, « la règle est normative dans la mesure même où elle est cognitive » (Reynaud, 1997, p. 68).

Reynaud distingue trois types de règles. Tout d'abord, il y a des règles d'efficacité, qui prescrivent les opérations qui doivent être réalisées pour atteindre un but; elles sont légitimées par le résultat des actions. Ensuite, on retrouve les règles de coopération et d'autorité, qui prescrivent les bonnes manières de travailler et de décider collectivement. Leur légitimité repose sur la rencontre des attentes mutuelles des acteurs engagés dans le même jeu. Enfin, un dernier type de règles porte sur la hiérarchie, la division du travail et l'organisation. Ces règles impliquent une différenciation des rôles, des ressources et des pouvoirs. Les systèmes de règles produits par un groupe social particulier se retrouvent constamment en relation avec les systèmes de règles d'autres groupes sociaux, les règles pouvant s'affronter ou s'accommoder via un processus de négociation et d'arbitrage qui occasionnera des conflits et résultera en compromis. Une organisation complexe comme un CSSS concentre plusieurs groupes sociaux, et le fait que l'intervention auprès des personnes âgées se déroule dans un espace sous-institué, le domicile, autorise d'autres systèmes normatifs à entrer en jeu, pensons à celui des proches-aidants, par exemple. Pour une part, la fonction des travailleurs sociaux impliqués dans les RSI consiste précisément à négocier les écarts existants entre divers systèmes normatifs. La création, le maintien et la disparition des règles s'appuient donc sur une activité de régulation qui est mise en œuvre de manière permanente par la négociation.

### ***2.2.3 La règle comme produit d'un processus de régulation permanent***

La TRS définit la négociation comme un « échange où les partenaires cherchent à modifier les termes de l'échange, toute relation où les acteurs remettent en cause les règles et leurs relations » (de Terssac *et al.*, 2003, p. 15). Cette négociation ne se limite pas à un simple marchandage, fondé sur le calcul et la stratégie, qui favoriserait des groupes d'acteurs, elle vise davantage la fabrication de règles communes qui permettent de constituer le collectif et de créer du lien social. La règle forme la matière première et le fondement de l'échange social; l'activité de régulation fonde et constitue alors l'acteur collectif (Reynaud, 1989). Les compromis et les conflits qui résultent de la négociation représentent des solutions provisoires qui montrent jusqu'où la régulation fonctionne. Leur étude illustre les limites et les faiblesses de la régulation et permet de faire des hypothèses sur les changements possibles de cette régulation.

La régulation, c'est la capacité des acteurs à élaborer des règles, ce qui implique l'affrontement ou, à tout le moins, la juxtaposition de systèmes normatifs différents. La notion de conflit (au sens de jeux stratégiques, et non pas de dialectique comme chez les marxistes) est centrale dans la théorie de la régulation, car elle permet : « d'explicitier la constitution d'un acteur collectif capable de s'unir pour agir, de définir ses intérêts et ses revendications, mais aussi la formation d'un système entre acteurs, fondé sur l'élaboration de règles mutuellement admises » (de Terssac *et al.*, 2003, p. 23). Ainsi, « le conflit apparaît comme un mode « normal » de fonctionnement car chaque acteur est porteur d'une rationalité qu'il tente de faire admettre aux autres pour infléchir leurs comportements » (de Terssac *et al.*, 2003, p. 11) dans un processus continu de régulation.

Au sein d'une organisation donnée, plusieurs formes de régulation existent donc et sont en concurrence. Reynaud distingue trois formes fondamentales de régulation, à savoir la régulation de contrôle, la régulation autonome et la régulation conjointe, que nous présenterons plus loin. En développant les notions de régulation de contrôle et de régulation autonome, Reynaud renouvelle et dépasse la dichotomie classique que l'on observe en sociologie du travail entre organisation formelle et organisation informelle (Roethlisberger et Dickson, 1939, dans Reynaud, 1988). Cette opposition entre organisation formelle et informelle renvoie à deux « systèmes idéologiques » (Reynaud, 1988, p. 6) différents. Le premier système, constitué par l'ensemble des règles de contrôle et de gestion explicites, écrites et officielles, est relatif à une « logique d'efficacité » et à une « logique de coût » (Ibid., p. 7) ou d'efficience et répond à des contraintes externes à l'organisation. Le second système idéologique, l'organisation informelle, se rapporte à une logique de sentiment et d'affectivité à finalité interne au groupe et « représente les valeurs inhérentes aux relations entre hommes des différents groupes de l'entreprise » (Roethlisberger et Dickson, 1939, dans Reynaud, 1988, p. 6). Or, comme le démontre Reynaud (1989), les stratégies dont se servent les acteurs pour contrôler la production peuvent aussi être appréhendées selon une logique d'efficacité mais qui revendique sa forme particulière d'autonomie.

La régulation de contrôle correspond à un système formel de règles et traduit la manière dont la direction d'une organisation s'efforce de contrôler les incertitudes (Amblard, Bernoux, Herreros et Livian, 1996). Aux yeux d'Alter, « la régulation de contrôle est suffisamment ambiguë pour se présenter à la fois comme une contrainte (respecter les règles) et comme un

appel à la coopération (prendre des initiatives non prévues par les règles) » (2005, p. 232). Cette caractéristique a pour but de rendre l'action plus efficace.

Le deuxième type de régulation, la régulation autonome, émane des membres du groupe qui jouent avec les régulations de contrôle pour recréer un ensemble normatif conforme à leurs objectifs et leurs stratégies. Toutefois, on ne peut pas attribuer ces deux types de régulation à des acteurs ou à des groupes d'acteurs particuliers. Dans cette optique, « contrôle et autonomie désignent un usage de la règle non sa nature » (Reynaud, 2003a, p. 104). La régulation n'a de sens que pour des acteurs situés dans un contexte de travail.

Au sein d'une organisation, la relation contrôle-autonomie s'exerce chaque fois qu'il y a une concurrence entre les régulations de contrôle et d'autonomie. Elle se manifeste lorsqu'un individu ou un groupe a la capacité d'intervenir dans l'activité d'un autre groupe. Cette opposition entre autonomie et contrôle est en fait une opposition entre deux stratégies collectives, mais elle laisse aussi place à des enjeux communs où un arbitrage externe est possible (Reynaud, 1989). De même, les stratégies adoptées par chacun des groupes d'acteurs sont arbitrées par les finalités et par l'histoire de l'organisation. Les nouvelles règles s'élaborent toujours à partir des anciennes, même lorsqu'elles les remplacent.

Enfin, le troisième type de régulation est la régulation conjointe. Reynaud la présente comme le résultat de la rencontre de plusieurs légitimités<sup>29</sup>. Toutefois, elle n'est pas la résultante de la

---

<sup>29</sup> Ceci est toutefois remis en cause dans des écrits subséquents (Reynaud, 2003a, 2003b). Dans une acception plus étroite, ce n'est que lorsque l'articulation de la régulation de contrôle et de la régulation autonome se formalise dans des conventions collectives négociées entre les employés d'une organisation et la direction qu'elle constitue des régulations conjointes. Dans un sens plus large, nous conviendrons qu'il y a régulation

rencontre des deux sortes de régulation précédentes (Reynaud, 2003a). La régulation conjointe ne constitue pas un point d'équilibre, mais plutôt un point de convergence des attentes distinctes de chaque groupe. Ainsi, le fonctionnement des organisations ne repose pas sur les règles, formelles ou informelles, mais sur l'activité même de régulation exercée par les acteurs, qui fonde l'action collective. En ce sens, ce qui est vraiment conjoint, c'est « la capacité d'action commune » (Reynaud, 2003a, p. 110) des acteurs pour « affirmer leur autonomie et créer les conditions de leur compatibilité » (Reynaud, 2003a, p. 113).

La concurrence des régulations à l'intérieur d'une organisation n'exclut pas l'existence d'autres formes de régulation externes, voire de formes de régulation plus globales, que Reynaud qualifie de méta-régulations. Dans cette perspective, la standardisation des pratiques se présente comme une forme particulière de régulation de contrôle qui s'exerce au sein des divers groupes professionnels et appareils publics (établissements de santé et de services sociaux, universités, systèmes professionnels et scientifiques, etc.); elle se situe donc au cœur de la négociation de la légitimité et des statuts entre les groupes et les organisations. On le conçoit, la concurrence des régulations ouvre la voie à de nombreux jeux d'alliance entre les acteurs. En outre, l'interaction entre l'usage d'outils standardisés et l'exercice du jugement professionnel des travailleurs sociaux est difficile à circonscrire parce que l'espace d'action résultant de la standardisation prendra autant de formes qu'il y aura de modalités de régulations conjointes qui pourront émerger entre les divers acteurs en présence dans un contexte donné. En conséquence, il est impossible de traiter de manière générale du rapport des travailleurs sociaux à la standardisation. Il faut plutôt faire des études de cas qui nous

---

conjointe quand il existe des compromis plus ou moins formalisés ou institutionnalisés, relatifs aux pratiques des acteurs, entre la régulation autonome et la régulation de contrôle.

permettront de réfléchir ce rapport dans toutes ses dimensions, c'est-à-dire comme une activité complexe de régulation.

## **2.3 Deuxième plan théorique. L'usage des outils cliniques standardisés**

### ***2.3.1 La sociologie des usages***

Comme nous l'avons montré, il nous apparaissait incontournable d'examiner le rapport des travailleurs sociaux à la standardisation par l'entremise de leur activité réelle, notamment à travers leur usage de dispositifs portant concrètement la standardisation, ici les outils cliniques standardisés. L'usage tel que nous le concevons ne correspond pas seulement à l'utilisation d'un dispositif technique ou d'un outil standardisé comme l'OEMC, il inclut également les « comportements, les attitudes et les représentations des individus qui se rapportent directement ou indirectement à l'outil » (Jouët, 1993b, p. 371). Et en ce sens, la sociologie des usages (Jouët, 2000) nous apporte plusieurs pistes théoriques intéressantes. Elle est apparue dans la mouvance des études portant sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et s'est développée pour pallier certaines limites d'un champ d'études étroitement centré sur l'utilisation de ces technologies par un usager, en proposant d'élargir la notion d'usage en la redéployant pour inclure ses diverses dimensions sociales, d'où la notion d'usage social (Millerand, 1998). La sociologie des usages regroupe des courants de recherche couvrant l'ensemble d'un processus d'innovation technique, à partir de la genèse d'une invention technique jusqu'à sa routinisation.

La technique est au cœur de toute activité organisée. Le mot *tekhnè* renvoie à l'idée d'un savoir-faire qui rend l'action efficace. Cette définition rejoint la définition de Weber telle que reprise par Néglise :

La technique d'une activité est [...] la somme des *moyens* nécessaires à son exercice, par *opposition* au sens ou au but de l'activité qui, en dernière analyse, en détermine (concrètement parlant) l'orientation, la technique « rationnelle » étant pour nous la mise en œuvre de moyens orientée intentionnellement et méthodiquement en fonction d'expériences, de réflexions, et --- en poussant la rationalité à son plus haut degré --- de considérations scientifiques (Weber, 1995, p. 104).

Les représentations premières s'offrant à notre esprit lorsque l'on prononce les termes *techniques* ou *technologies*<sup>30</sup> sont notamment celles de machines, de processus industriels ou d'équipements informatiques. Si l'on y adjoint la notion de standardisation, c'est la représentation classique fordienne d'une chaîne de montage qui est évoquée. Bien entendu, l'activité du travailleur social ne correspond aucunement à celle d'un opérateur sur une chaîne de montage en industrie<sup>31</sup>. Même si les outils cliniques standardisés associés aux RSIPA ne sont pas des machines, au sens commun du terme, ils s'appuient sur des technologies de l'information et des communications (TIC). En outre, ils sont bien une manifestation de la technique en tant qu'activité rationnelle en finalité, selon le sens donné par Weber (1995).

L'usage permet de s'approcher d'un enjeu fondamental en sciences sociales relativement à la technique, celui de la relation entre cette dernière et l'activité sociale (Alter, 2005; Dodier, 1995; Ellul, 1990; Flichy, 2003; Rabardel, 1995)<sup>32</sup>. Le plus souvent, ce rapport est conçu comme une relation de détermination unidirectionnelle, dans laquelle un seul des deux termes

---

<sup>30</sup> Notons qu'il existe un flou sémantique dans l'usage des termes *technique* et *technologie*, le premier renvoie le plus souvent à une acception très générale alors que le second fait référence à une mise en forme de la technique dans des dispositifs matériels. Nous attribuerons un usage plus spécifique au terme *technologie* plus loin.

<sup>31</sup> Les ergonomes ont clairement montré que même l'activité du travailleur en industrie comporte des dimensions dépassant largement la seule dimension technique (Falzon, 2004).

<sup>32</sup> Ces auteurs s'appuient sur des ouvrages classiques comme *Le geste et la parole* de Leroi-Gourhan (1964), *La technique ou l'enjeu du siècle*, d'Ellul (1954) et *Du mode d'existence des objets techniques* de Simondon (1958).

agit comme déterminant sur l'autre (Flichy, 2003). Pour modéliser les diverses dimensions qui traversent et mettent en tension le rapport entre l'activité sociale et la technique<sup>33</sup>, nous nous appuierons sur la sociopolitique des usages de Vedel (1994), un cadre d'analyse qui intègre les dimensions structurantes et structurées de la technique.

Vedel (1994) propose une représentation schématique du champ sémantique de l'objet technique, déployé sur deux axes qui se croisent. Chaque axe est conçu comme un continuum conceptuel. Ainsi, la sociopolitique des usages propose de mettre en relation quatre logiques distinctes du rapport entre le social et la technique. Le premier axe est relatif au processus d'appropriation (ou d'usage) de la technique, le second axe porte sur le processus d'innovation technique. Dans notre thèse, nous nous intéresserons plus particulièrement au processus d'appropriation de la technique.

Nous présenterons successivement les quatre logiques à l'œuvre dans le cadre d'analyse de Vedel en débutant par le premier axe, l'axe des usages, dont l'un des pôles est celui du déterminisme technique de l'usage. Selon cette logique, l'usage de la technique se révèle contraignant pour l'acteur qui l'utilise. Sur le plan cognitif, la technique agit sur les structures mentales et les modes de pensée des utilisateurs (Jouët, 2000). Mais, plus globalement, la technique exerce un effet dans le milieu social où elle est implantée puisqu'elle est en mesure de déterminer et de structurer les usages possibles de ladite technique : « Ce sont les caractéristiques intrinsèques des technologies qui définissent la nature de leurs effets sociaux; le changement social se réduit au changement technique [et il] est produit par lui » (Vedel,

---

<sup>33</sup> Vedel, qui s'est intéressé à l'usage des TIC, utilise tantôt le terme *technologie*, tantôt le terme *technique*, sans que l'usage spécifique de chacun des termes soit clairement circonscrit. En appui sur la suite de nos propos, nous soutenons que le terme technique s'avère plus adéquat et plus pertinent pour notre projet.



1994, p. 23). Cette logique s'incarne avec force chez Ellul, pour qui « l'unicité intrinsèque de la technique seule assure la cohésion entre les moyens et les actions des hommes : ce règne lui appartient, force aveugle plus clairvoyante que la plus grande intelligence humaine » (1990, p. 87).

À l'autre pôle de l'axe des usages, on retrouve la logique des pratiques autonomes, selon laquelle les acteurs possèdent une autonomie importante dans l'utilisation des techniques. Selon cette logique, l'activité réelle des acteurs au quotidien joue un rôle dominant dans l'appropriation et la routinisation de la technique. L'utilisateur devient acteur, se présente comme un être actif qui impose à l'invention technique des manières de faire, des ruses, des braconnages (de Certeau, 1980), des détournements et des déplacements (Vedel, 1994), ou encore une réinvention de ce qui lui est proposé (Rogers, 2003). Ce premier axe de la typologie de Vedel permet d'appréhender la tension existant entre la contrainte et l'habilitation résultant de l'usage de la technique dans le cadre d'une activité professionnelle comme celle des travailleurs sociaux.

Le second axe du cadre d'analyse de Vedel, celui du processus d'innovation technique, a pour objet la genèse des techniques. La première logique portée par cet axe est qualifiée de dynamique technique autonome (Vedel, 1994, p. 16). Selon cette logique, l'innovation technique est entièrement indépendante des forces sociales étant donné qu'elle repose exclusivement sur la rationalité scientifique. Elle respecte les étapes chronologiques d'un processus linéaire et unidirectionnel reliant trois moments types (la science, la technique, la société) de son développement. Les connaissances scientifiques président au développement de diverses manifestations de la technique (les procédés, les produits, les technologies) qui

sont ensuite largement diffusées dans la société. Cette conception a longtemps prédominé dans les travaux de l'approche diffusionniste de l'innovation, notamment dans les premières versions de l'ouvrage de Rogers (2003), et persiste encore dans la conception de certains promoteurs des pratiques fondées sur les résultats probants<sup>34</sup>. Évidemment, cette conception de l'innovation technique survalorise le rôle des concepteurs et des décideurs publics au détriment de celui des utilisateurs. De surcroît, la primauté du rationalisme scientifique a pour effet de rendre la genèse de la technique indépendante des arbitrages politiques et sociaux. En dépolitisant l'invention technique, cette conception dénature le sens des résistances manifestées en aval par les usagers de la technique.

À l'autre pôle de l'axe relatif aux processus d'innovation technologique, la *logique sociale*, la genèse d'une technique est considérée comme un construit social découlant d'un processus contingent, la technique devenant en quelque sorte le fruit du jeu des interactions et des alliances entre les divers acteurs impliqués dans sa conception. Les travaux de l'École de la traduction (Akrich, Callon et Latour, 2006; Callon, 1986) sont l'illustration même de cette conception. Ainsi, le rôle des divers acteurs participant à la genèse d'une invention technique constitue son principal objet d'étude. Cependant, comme le mentionne Akrich elle-même (1993), l'action de l'utilisateur, et donc son usage d'une invention technique, demeure non problématisée dans la sociologie de la traduction (Akrich, 1993; Flichy, 2003). C'est pour cette raison que nous avons écarté la sociologie de la traduction parce que nous considérons que le rôle des utilisateurs d'une invention technique est incontournable pour en comprendre

---

<sup>34</sup> Dans leurs travaux, certains auteurs comme Greenhalgh et ses collègues (2005) ou Webb (2001) montrent la persistance de cette conception.

l'appropriation, une appropriation qui comporte toujours une part de réinvention et d'adaptation de l'invention technique.<sup>35</sup>

Comme nous l'avons écrit plus haut, la sociopolitique des usages permet d'intégrer conceptuellement deux processus intriqués, soit l'innovation technique et l'appropriation de la technique par des acteurs, et d'articuler une perspective macrosociale de l'offre technique et

---

<sup>35</sup> La question de comprendre ce qui conduit les acteurs à inventer ou à s'approprier une invention est une question fondamentale et transversale aux théories de l'innovation. Ainsi, malgré la volonté de certains promoteurs des approches fondées sur les résultats probants, proches de la conception de la dynamique technique autonome de Vedel, force est de constater que plusieurs travaux montrent la prégnance du social sur la rationalité scientifique. Par exemple, des travaux de Weill (1990) sur l'évaluation de l'impact des conférences de consensus sur les pratiques professionnelles des médecins démontrent que l'accès à l'information ne conduit pas naturellement à l'utilisation effective d'une invention. En effet, ces conférences de consensus avaient pour objectif de rendre les comportements cliniques des médecins plus compatibles avec l'impératif de rationalisation des soins de santé. Même si la stratégie de diffusion des produits des conférences de consensus permettait d'informer les médecins de l'existence de connaissances nouvelles, elle n'amenait pas ces derniers à incorporer les recommandations à leur pratique médicale (Weill, 1990). De plus, l'approche des pratiques fondées sur les résultats probants se veut une tentative de contrecarrer les effets des réseaux de diffusion interpersonnels. Selon Greenhalgh et ses collaborateurs (2005), cette conception s'apparente aux cadres conceptuels utilisés en épidémiologie pour expliquer la diffusion des maladies. À titre d'exemple pour le travail social, Sheldon et Chilvers (1999) expliquent qu'il faut se méfier des modes en intervention tout comme on doit se protéger des virus. Cet argumentaire a notamment été nourri par l'important article d'Abrahamson (1991) intitulé *Managerial fad and fashions : The diffusion and rejection of innovation*, qui portait sur le phénomène de l'adoption d'innovations inefficaces et du rejet d'innovations efficaces par des organisations. Pour Abrahamson, ces effets pervers sont engendrés à la source par la conjugaison d'un biais pro-innovation et d'une perspective de type *efficient choice* suivant laquelle l'acteur est réputé effectuer des choix reposant sur la rationalité. Or, il n'y a pas de corrélations stables entre la preuve empirique de la pertinence scientifique d'une innovation et son adoption (Denis *et al.*, 2001). De même, la communication d'informations sur la pertinence espérée d'une innovation ou même empiriquement démontrée n'est aucunement garante de son adoption. Pour Akrich et ses collègues, « l'*homo oeconomicus* est au pire une belle fable, au mieux, un résultat patiemment construit » (Akrich, Callon et Latour, 1988, p. 13). Ce sont des facteurs sociaux davantage que des facteurs économiques ou d'efficacité qui conduisent les dirigeants d'une organisation à adopter une innovation, ce qu'Alter qualifie de « banalité de la déraison » (2005, p. 41). De même, les organisations publiques ont tendance à adopter par imitation des innovations en vigueur dans d'autres organisations parce que ce choix constitue un investissement moins coûteux en ressources pour résoudre des problèmes similaires ou leur procure un avantage dans des rapports de concurrence (Berry et Berry, 1999). On le comprend, l'innovation ne s'inscrit pas totalement dans le registre des actions logiques car « la rationalité est objectivement limitée » (Alter, 2005, p. 26) en raison de l'impossibilité pour les acteurs de disposer de l'ensemble des informations. L'innovation est également limitée par des normes sociales, des jugements moraux ou les investissements personnels des acteurs. Dans le même ordre d'idée, l'analyse des conditions d'implantation de certaines inventions techniques au Moyen Âge, comme le remplacement de l'araire par la charrue à roue ou le remplacement des moulins à traction humaine ou animale par des moulins à eau (Flichy, 2003), a montré que, pour qu'une idée puisse s'implanter, les structures sociales et de production doivent être en mesure de l'intégrer. Par exemple, à l'époque féodale, l'usage des moulins à eau impliquait la possibilité d'un contrôle externe d'une alimentation en eau indispensable à leur fonctionnement. Ainsi, une invention intrinsèquement très supérieure ne peut s'implanter parce l'organisation sociale et physique d'une communauté donnée ne le permet pas. On le voit, on ne peut concevoir la genèse et l'appropriation d'une invention sans tenir compte de l'intrication entre déterminismes techniques et sociaux.

une perspective microsociale de ses usages (Millerand, 1998). La technique et l'activité sociale sont donc unies par une relation dialectique du fait que :

les contraintes propres aux outils n'existent pas en soi, mais n'existent [et] ne se manifestent qu'au travers de la mise en œuvre de ces outils par des acteurs sociaux. De la même façon, les relations sociales mises en œuvre lors du processus d'innovation technologique n'existent que par la médiation de la technique (Vedel, 1994, p. 30).

Le croisement des deux axes du cadre d'analyse de Vedel modélise un « rapport d'usage [d'un] objet [dans son] contexte » (Vedel, 1994, p. 23). Il découle de cette conception que la technique n'est pas que contrainte car elle exige pour s'accomplir un usage effectué par un acteur qui pourra, dans une certaine mesure détourner certains de ses principes afin d'adapter la technique à l'infinité des situations singulières qui se présentent à lui.

Nous proposons de bonifier quelque peu la sociopolitique des usages de Vedel en vue de l'ajuster à l'analyse des pratiques professionnelles en nous appuyant sur les travaux de Nélisse (1998) portant sur la technique dans le cadre des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux. Cet apport théorique complémentaire nous permet de conceptualiser l'usage de la technique lorsque celle-ci est utilisée par des professionnels dont l'activité est, par sa nature même, particulièrement complexe en raison de son caractère prudentiel.

### ***2.3.2 La composition technique de Nélisse***

La proposition conceptuelle de Nélisse se fonde sur le postulat que la technique n'existe pas en soi et que ce n'est que par l'activité d'un acteur qu'elle peut devenir effective. Ainsi, ce sont les conditions d'usage d'une technique, et non ses propriétés intrinsèques, qui peuvent la rendre efficace et plus ou moins contraignante, ce qui amène Nélisse à affirmer que « la technique est une action créative sous contrainte » (1998, p. 169). C'est cette posture critique, mais aussi pragmatique, de l'usage de la technique que nous prenons dans notre thèse. Cette

position est qualifiée de critique parce qu'elle évite tout positionnement axiologique par rapport à l'usage de dispositifs techniques; dans un contexte de pratique professionnelle, la technique n'est ni bonne ni mauvaise en soi :

le repérage des forces et des faiblesses, des avantages et des effets néfastes d'un nouvel outil [...] doit rapporter ces derniers non à « la » technique comme objet autonome et extérieur aux pratiques, mais bien aux rapports sociaux concrets entre les acteurs impliqués, de près ou de loin, dans un champ de pratique donné (Nélisse, 1998, p. 170).

Ce n'est donc que par l'usage effectif de dispositifs techniques dans un contexte donné que la technique peut structurer la pratique professionnelle des travailleurs sociaux, d'où le pragmatisme que nous adoptons à cet effet. Partant de l'analyse de l'activité réelle des travailleurs sociaux, Nélisse conçoit la technique dans toute sa multidimensionnalité et présente le rapport entre l'activité d'un acteur et la technique comme une composition technique, c'est-à-dire comme une activité effectuée par un professionnel à partir d'outils se trouvant à sa portée. La composition technique est constituée de trois niveaux à la fois superposés et interreliés, à savoir les outils, les méthodes et les technologies.

### *2.3.2.1 Premier niveau de la composition technique : les outils*

Le premier niveau de la composition technique de Nélisse est celui des outils. Dans son sens large, un outil renvoie aux instruments, objets techniques et équipements utilisés pour accomplir une activité. Un outil est conçu pour exécuter une opération précise, mais il peut aussi servir à d'autres usages que celui pour lequel il a été élaboré. Nélisse prend l'exemple du marteau, qui peut servir autant au charpentier qu'à la personne qui abat les animaux de boucherie. Dans tous les cas, un outil ne peut exécuter une action par lui-même. Leroi-Gourhan affirme que « l'outil n'existe que dans un cycle opératoire, [qu'] il n'est réellement que dans le geste qui le rend techniquement » (1965 p. 35).

Au regard de ces considérations conceptuelles, voyons brièvement quelle forme peuvent prendre les outils au cœur d'un RSIPA. Comme nous l'avons vu plus haut, la mise en œuvre de RSIPA en appui sur le modèle PRISMA repose sur l'implantation d'un ensemble de composantes interdépendantes, dont trois outils. Le premier instrument est l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), qui est utilisé pour procéder à une évaluation standardisée des besoins des usagers. Le deuxième outil sert à la planification et prend la forme d'un plan de service individualisé (PSI). Le troisième instrument est le système d'information continue (SIC). Dans le cadre de notre thèse, le SIC prend la forme d'une plateforme informatique permettant aux divers acteurs qui l'utilisent d'agréger des informations cliniques, de les partager et de les mettre à jour<sup>36</sup>. En fait, comme nous le montrerons quand nous présenterons nos résultats, les SIC peuvent être considérés à la fois comme des outils et comme des technologies dans la composition technique de Néglise (1998). À cette courte liste d'outils prescrits par le RSIPA, on peut notamment ajouter les divers protocoles qui encadrent la pratique et les technologies de l'information et la communication qui soutiennent les échanges d'informations<sup>37</sup>. En accord avec la posture prônée dans la composition technique de Néglise (1998), nous pouvons affirmer que les outils en eux-mêmes demeurent sans effet sur l'agir professionnel tant qu'ils

---

<sup>36</sup>Cette plateforme informatique permet par exemple de remplir un OEMC en format électronique, le rendant ainsi accessible aux autres professionnels impliqués dans un dossier clinique donné. En outre, la production d'un OEMC permet le calcul du profil Iso-SMAF, dont la fonction est à la fois clinique et administrative puisque le profil est utilisé comme critère d'admission à certains services (par exemple, une place dans un CHSLD) et comme données administratives (par exemple, un portrait général des profils de perte d'autonomie fonctionnelle des personnes séjournant en CHSLD).

<sup>37</sup>Étant donné l'omniprésence de l'informatique, il importe d'apporter une distinction entre deux types d'applications informatiques (Moreau, 1995). Le premier type, dit organisationnel, concerne les systèmes d'information d'aide administrative. Les systèmes d'information continue (SIC) correspondent à ce type de systèmes en raison du monitoring de l'activité des acteurs cliniques qu'ils permettent de réaliser, et ce, à la fois en soutien à une logique de performance managériale et à une logique de performance clinique. Le second type d'application informatique, soit l'intelligence artificielle, regroupe les systèmes experts et les systèmes d'aide à la décision. Notons que, au moment d'écrire ces lignes, l'on ne retrouve pas d'applications recourant à l'intelligence artificielle parmi les applications informatiques utilisées dans les RSIPA, comme on peut en trouver dans les centres jeunesse, par exemple.

ne sont pas en usage. C'est le passage logique que nous empruntons maintenant en présentant le second niveau de la composition technique de Néliste, celui des méthodes.

### *2.3.2.2 Deuxième niveau de la composition technique : les savoir-faire et les méthodes*

L'usage d'un outil par un acteur, en l'occurrence un travailleur social, n'a de sens que dans la perspective de la réalisation d'une activité précise qui mobilise ses savoir-faire, c'est-à-dire l'intégration corporelle, affective et intellectuelle d'un ensemble de compétences variées. Ces compétences sont constituées de savoir-faire d'expérience individuels et de savoir-faire plus ou moins collectivement institutionnalisés, enseignés dans des écoles, voire sanctionnés par un ordre professionnel ou tout autre organisme de régulation. Les méthodes peuvent être plus ou moins codifiées et explicites. Ainsi, quand elles sont peu codifiées et implicites<sup>38</sup>, elles reposent sur des routines car elles sont non réfléchies et incorporées, elles s'apparentent alors au tour de main et se transmettent entre professionnels par imitation-apprentissage. À l'opposé, lorsque les méthodes sont très codifiées et explicites, elles se rapprochent des protocoles d'intervention. Ces derniers, parce qu'ils sont explicites, peuvent plus facilement être soumis à examen et améliorés dans un processus continu. On le conçoit aisément, c'est au niveau de la méthode que peut se déployer le jugement professionnel du travailleur social par l'intermédiaire de son agir professionnel. Or, l'agir professionnel se déploie dans un espace de possibilités plus ou moins ouvert, ce qui nous renvoie au degré d'autonomie dont dispose un professionnel dans son action de composition avec des méthodes et des savoir-faire requis pour effectuer une tâche en contexte.

---

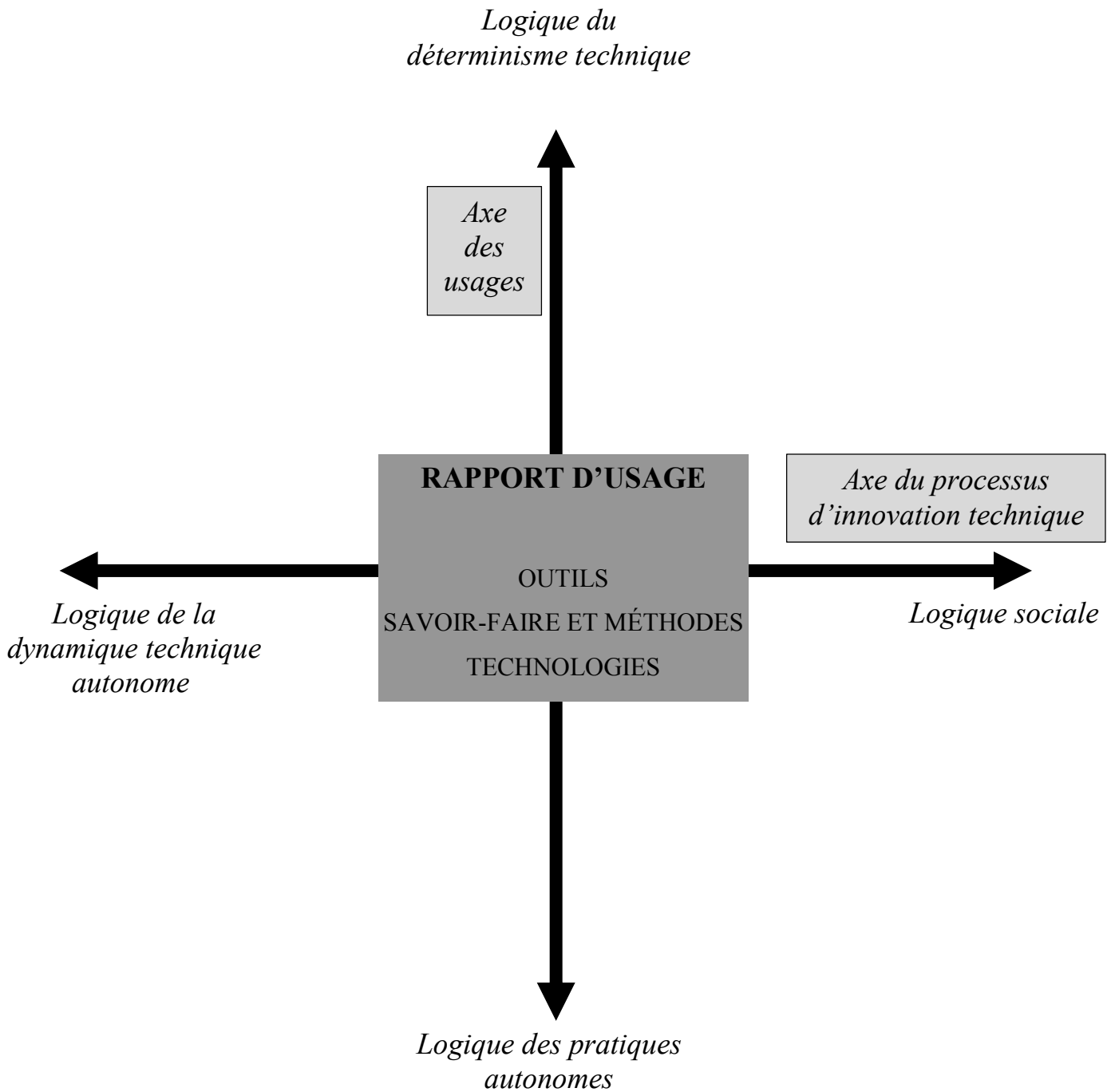
<sup>38</sup> On pourrait estimer que cette typologie est incomplète et considérer qu'une méthode pourrait être peu codifiée et explicite. Or, dans ce cas, il s'agit d'un protocole dont les procédures sont plus générales. Une méthode qui serait très codifiée et implicite se rapprocherait d'une expertise très fine.

### 2.3.2.3 Troisième niveau de la composition technique : les technologies

Le troisième niveau de cette composition technique fait référence aux *technologies*, entendues comme « des cadres situationnels et représentationnels, des équipements cognitifs collectifs, des programmes-cadres » (Nélisse, 1998, p. 164). Selon Nélisse, la technologie, soit l'articulation de la *tekhnè* et du *logos* (discours), permet de relier les différentes composantes exposées plus haut à leurs finalités sociales telles qu'elles sont inscrites dans les discours collectifs. Ainsi, les technologies procurent un schéma général d'intelligibilité et de mise en place des actions des acteurs qui tend à réduire l'aire des possibles. Dans une perspective proche de celle qu'adopte Reynaud, elles représentent les produits stables, parfois institués, de l'assemblage pratique de méthodes diverses et interdépendantes qui font système et acquièrent une signification collective dans un champ de pratique donné. La technologie articule ensemble 1) une justification de l'action en lui imposant des cadres normatifs découlant d'impératifs sociopolitiques, 2) des fondements scientifiques à propos de la réalité concernée, et 3) une intégration d'un ensemble de « processus de travail [...] en un mode collectif de production de services et plus largement du problème social en cause » (Nélisse, 1998, p. 168). Les RSIPA, dans la mesure où ils sont effectivement implantés (même très partiellement), de même que les logiques de performance managériale (prenant forme par l'entremise des prescriptions ministérielles de reddition de compte) et clinique (découlant entre autres du mouvement des résultats probants), correspondent à des manifestations de notre conception d'une technologie. La figure I présentée ci-dessous intègre la sociopolitique des usages de Vedel et la composition technique de Nélisse.



**Figure I : Typologie du rapport entre le social et la technique**



Dans les pages précédentes, nous avons argué que la standardisation se présentait comme un phénomène à la fois tangible, comme dispositif technique en usage dans l'activité professionnelle des travailleurs sociaux, et intangible, comme ensembles de règles plus ou moins négociées sous la forme de régulations conjointes. Les deux plans théoriques que nous avons étayés convergent sur un constat commun, à l'effet qu'il n'est pas possible de traiter de manière générale et in abstracto du rapport des travailleurs sociaux à la standardisation. En effet, nous avons vu avec Reynaud que, même si les outils cliniques sont porteurs d'ensembles de règles, c'est leur négociation et leur appropriation par des acteurs en contexte de pratique réelle qui constitue l'analyseur de l'activité de régulation opérée par la standardisation. De même, en appui sur Vedel et Nélisse, nous avons montré que ce n'est que par leur usage en contexte que l'on peut appréhender les effets structurants des outils standardisés. Ce constat doit forcément se traduire dans l'opérationnalisation de notre questionnement de recherche. De fait, sur le plan méthodologique, il impose d'examiner la pratique professionnelle, un objet complexe, en tentant autant que possible d'entrer dans sa concrétisation et son intimité.

## 3.0 MÉTHODOLOGIE

Dans toute démarche de recherche, la méthodologie vise à mettre en œuvre des moyens concrets pour répondre aux questions soulevées dans la problématique. Le plan général d'organisation de ce chapitre épouse la structure générale proposée par Lefrançois (1992), qui décompose un devis de recherche en trois composantes distinctes, à savoir 1) les stratégies d'acquisition, qui renvoient aux fondements et à l'architecture générale d'un devis de recherche, 2) les stratégies d'observation, qui font référence à la conception et à la réalisation des collectes de données empiriques, et 3) les stratégies d'analyse, qui se rapportent au traitement et à l'analyse de ces données.

### 3.1. Stratégies d'acquisition

#### *3.1.1 Les fondements épistémologiques de l'étude*

Notre thèse poursuit deux finalités distinctes et complémentaires, en l'occurrence une finalité principale de connaissance (Lefrançois, 1992), puisque nous voulons comprendre le phénomène à l'étude et produire des outils conceptuels qui permettent de donner un sens à la complexité des pratiques professionnelles, et une finalité secondaire de transformation (Lefrançois, 1992), parce que nos constats permettent, d'une part, de participer au renouvellement de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux et, d'autre part, de contribuer à l'ajustement des innovations aux conditions de pratiques de ces mêmes professionnels, et ce, dans le cadre des profondes réformes toujours en cours de l'organisation des services.

Notre devis de recherche est de type qualitatif. Les données qualitatives collectées ont été traitées avec des méthodes d'analyse qualitative, dont Paillé et Mucchielli nous offrent cette définition générale : « Démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène » (1996, p. 180).

Une des distinctions fondamentales entre les sciences de la nature et les sciences humaines réside dans l'essence de leur objet empirique, les dernières étudiant « un objet qui parle » (Bourdieu, 1968, p. 64), c'est-à-dire à un objet qui participe comme sujet à la construction de son propre sens. Cette particularité ontologique et constitutive de notre champ d'études, qui se caractérise par l'utilisation du langage comme matériel empirique, soulève plusieurs enjeux, dont celui de son statut épistémologique ou, écrit autrement, celui de la valeur et de la place accordée à la parole des sujets de recherche. Sur un autre plan, c'est la question du rapport au *vrai* et celle de la scientificité de notre démarche de recherche qui doivent être explicitées en lien avec nos prémisses à propos du statut attribué à cette parole.

Nous pouvons exposer ce débat à travers la réflexion de Demazière et Dubar (1997), qui proposent trois postures épistémologiques relativement au statut conféré par le chercheur à la parole des sujets participant à une recherche, soit une posture de *méfiance*, une posture de *transparence* et une posture *reconstructive*, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Nous pouvons expliquer les distinctions entre les deux premières postures par la question suivante : faut-il se méfier du langage ordinaire, marqué par la subjectivité des sujets participants à une recherche, ou viser à restituer *in extenso* la parole subjective de ces participants considérés comme des acteurs ayant la capacité de nous livrer les motifs de leurs actions? Dans la première posture, la parole est transparente, la *vérité* émerge du seul fait de rendre compte du

point de vue des participants, qu'il faut restituer le plus exhaustivement possible. Selon cette conception, le chercheur est le porte-parole de ses sujets de recherche. Dans la seconde posture, celle de la méfiance, la *vérité* ne se retrouve pas directement dans la parole des sujets d'étude, mais plutôt dans le travail d'objectivation et de conceptualisation opéré par le chercheur sur cette parole.

Comment, dans ces deux postures, opérer la rupture épistémologique avec le « bon sens », le *sens commun* des acteurs? Dans la ligne de pensée de la posture de la méfiance, Bourdieu suggère de procéder à cette rupture épistémologique par l'intermédiaire de « l'objectivation participante » (1993, p. 8). Ainsi, ce n'est qu'en élucidant les

présupposés tacites que l'on peut contrecarrer les effets de toutes les représentations de la réalité sociale auxquelles enquêtés et enquêteurs sont continuellement exposés [...] les agents sociaux n'ont pas la « science infuse » de ce qu'ils sont et de ce qu'ils font; plus précisément, ils n'ont pas nécessairement accès aux principes de leur mécontentement ou de leur malaise et les déclarations les plus spontanées peuvent, sans aucune intention de dissimulation, exprimer toute autre chose que ce qu'ils disent en apparence (1993, p. 918-919).

Bourdieu considère que la relation d'enquête s'apparente à une relation sociale dans laquelle s'inscrivent plusieurs distorsions, qu'il importe de connaître si on veut les maîtriser :

Seule la réflexivité, qui est synonyme de méthode, mais une réflexivité réflexe, fondée sur un « métier », un « œil » sociologique, permet de concevoir et de contrôler sur-le-champ, dans la conduite même de l'entretien, les effets de la structure sociale dans laquelle il s'accomplit (Bourdieu, 1993, p. 904).

Dans cet ordre d'idées, le travail réflexif du chercheur devient fondamental pour mettre à jour les effets structuraux qui influent sur le déroulement même de l'entretien et interfèrent avec la construction subjective du point de vue de notre interlocuteur et de son interprétation par l'enquêteur. Demazière et Dubar (1997) rattachent ce travail réflexif à leur troisième posture, la *posture reconstructive*, selon laquelle le sens des discours n'est ni transparent, ni caché,

mais se veut plutôt le produit d'un travail d'analyse que le chercheur effectue à l'aide de ses outils propres (concepts et méthodes). Dans cette perspective, l'explicitation des opérations analytiques du chercheur apparaît comme un discours portant sur les discours analysés mais exposant au jugement d'autrui les règles de sa propre formulation. Le discours à analyser doit être considéré comme un discours pertinent puisqu'il fut produit par un acteur situé, mais dont la réflexivité est limitée en raison du caractère situé de ses actions et incorporé de ses savoirs.

Ce constat se rapproche du point de vue de plusieurs auteurs évoluant dans le champ de l'ergonomie du travail. Pour ces derniers, le savoir est incorporé, situé dans l'action et mobilisé en situation de travail (Boutet, 1995 ; Lacoste, 2001; Zarifian, 1996). En outre, Giddens insiste sur cette difficulté éprouvée par les acteurs à rendre explicite ce qu'ils font en raison du caractère tacite de certains des savoirs qu'ils doivent mobiliser au travail: « Les agents sociaux disposent de connaissances pratiques. Cette dernière étant tout ce que les agents connaissent de façon tacite, tout ce qu'ils savent faire dans la vie sociale, sans pour autant pouvoir l'exprimer directement de façon discursive » (1987, p. 71).

De manière plus concrète, on peut considérer que l'opinion des professionnels telle qu'elle est apparaît dans leur discours s'avère révélatrice mais insuffisante pour révéler la complexité de leur pratique effective parce qu'elle est exposée aux rationalisations et à l'oubli des détails ou parce qu'elle est vue comme étant peu signifiante par ces acteurs en raison du caractère routinier de leur travail. Face à cette contrainte, nous optons pour une approche compréhensive qui n'est ni totalement idiosyncrasique, ni complètement nomothétique, car, pour reprendre les mots de Huberman et Miles, « aucun phénomène social n'est complètement idiosyncrasique; aucune configuration sociale globale n'est inconditionnelle » (1991, p. 31). Partant de cette

perspective, nous avons mis de l'avant une posture reconstructive (Demazière et Dubar, 1997) croisant plusieurs points de vue pour nous permettre de mieux comprendre le point de vue subjectif des acteurs dans le cadre de leur contexte de pratique singulier. Cette approche impliquait de procéder à la triangulation de plusieurs formes de collectes de données auprès des acteurs.

Avant d'aller plus avant dans l'exposé de notre approche méthodologique, nous poursuivrons notre réflexion sur ses fondements en présentant trois thèmes majeurs et constitutifs de notre stratégie globale de recherche, soit 1) le rapport au langage dans les professions relationnelles, 2) l'ergonomie cognitive, en tant que regard sur l'activité de travail, et 3) les études de cas, comme approche générale structurant notre devis méthodologique.

### ***3.1.2 La place du langage dans les professions relationnelles***

En plus d'être des « objets » qui parlent, nos sujets de recherche, les travailleurs sociaux, pratiquent un métier faisant partie de la famille des professions dites relationnelles (Demailly, 1998a). Ces dernières se caractérisent par l'omniprésence du langage dans leur activité professionnelle, et le langage y joue concurremment plusieurs fonctions. Il comporte une dimension instrumentale, puisqu'il est à la fois outil d'intervention, à titre d'activité discursive, et moyen de cette même intervention<sup>39</sup>. En outre, dans les métiers relationnels, le langage remplit également une fonction relationnelle étant donné qu'il constitue le médium par lequel peut s'établir le lien affectif et la confiance nécessaire à l'établissement de la relation d'aide entre un intervenant et son usager (Borzeix, 2001; Couturier et Chouinard, 2008; Lacoste,

---

<sup>39</sup> Par exemple, pour une intervenante sociale (IS), lors d'un premier contact en milieu hospitalier, discuter de la température au début d'un entretien avec une personne âgée, c'est tout à la fois entrer en relation avec cette personne, évaluer son orientation dans le temps et préparer la suite de l'intervention.

2001). Nous savons que la parole possède une dimension performative; parler, c'est exécuter un acte et, donc, produire des effets<sup>40</sup> (Vermersch, 2007a). Ainsi, la maxime d'Austin (1970) affirmant : «Dire, c'est faire », reprise par Lacoste (2001) dans son étude des professions relationnelles, prend ici une valeur particulière. De plus, ces actes de langage sont beaucoup plus qu'une modalité de l'agir des acteurs, ils en sont aussi la trace et l'observable (Borzeix, 2001) et, par conséquent, la voie par laquelle le chercheur accède à ses données. Le langage, sous sa forme écrite et orale, apparaît comme la face visible des phénomènes que nous avons étudiés, ce qui n'est pas sans conséquence sur le plan méthodologique.

Outre sa dimension intersubjective, le langage est doté d'une pesanteur institutionnelle, historique et sociale, de sorte qu'il traduit des habitus, dirait Bourdieu. En effet, le langage ne peut se circonscrire à l'instantanéité des interactions langagières dans ce qu'elles ont de directement observable, « les situations ne se limitent pas à l'ici maintenant » (Lacoste, 2001, p. 43), même si nous reconnaissons que les interactions en face à face entre les acteurs se révèlent cruciales (Goffman, 1987). Au-delà de son indexicalité<sup>41</sup>, le langage, dans le contexte d'activités qui prennent place dans des univers organisationnels complexes et dans le cadre d'une situation par essence singulière, est vecteur tout à la fois des stratégies des acteurs, de leur identité professionnelle et de leur culture organisationnelle. Il représente aussi le substrat d'une intelligence collective par l'intermédiaire de représentations et de routines partagées par les travailleurs coactifs (Grosjean et Lacoste, 1999). Il ressort de ce qui précède que les univers

---

<sup>40</sup>Vermersch précise, en appui sur Austin (1970), que la dimension performative de la parole comporte deux versants. La parole produit des effets illocutoires et perlocutoires. Les premiers proviennent d'actes effectués en disant quelque chose (par exemple : « Je vous baptise »), tandis que les deuxièmes résultent des conséquences ou des effets qu'ils produisent (par exemple : « Fermez la porte »).

<sup>41</sup> L'indexicalité représente un concept exprimant l'idée selon laquelle le sens de quelque chose doit être rattaché à son contexte. Ainsi, les paroles d'un interlocuteur ne peuvent trouver leur sens que si elles sont resituées dans le contexte où elles ont été prononcées (Coulon, 1987).



organisationnels dans lesquels œuvrent les travailleurs produisent une « institutionnalisation de la parole » (Lacoste, 2001, p. 39), celle-ci correspondant à la face inconsciente du langage. En ce sens, nous pouvons émettre l'hypothèse que les outils standardisés et les protocoles utilisés par les travailleurs sociaux constituent une forme ultime d'institutionnalisation de la parole ou, à tout le moins, une volonté extrinsèque de cadrer, voire d'instituer, cette parole. En effet, dans un contexte organisationnel, « l'action se déroule dans un environnement stabilisé par de nombreux dispositifs organisationnels et techniques, l'interaction entre les membres d'un collectif est médiée, relayée, renforcée, parfois remplacée par ces outils de travail » (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 41). Ces artefacts informationnels « incorporent et matérialisent des conceptions du travail, du métier, de l'organisation. Ils stabilisent en quelque sorte une « théorie du travail » et en font un principe organisateur de l'action » (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 42), ce qui par ailleurs correspond exactement à une technologie au sens où l'entend Nélisse (1998). En raison de la pesanteur institutionnelle, l'analyse de l'activité de travail des travailleurs sociaux doit s'appuyer sur une méthodologie de recherche permettant d'appréhender autant le visible que l'invisible des manifestations langagières, c'est-à-dire être capable de capter de concert l'ici et maintenant des interactions et le poids des dispositifs institutionnels structurant ces interactions.

Partant de ces constats, nous nous sommes appuyé sur l'ouvrage collectif *Langage et travail. Communication, cognition, action*, publié sous la direction de Borzeix et Fraenkel (2001). Ces derniers rejettent tant les approches exclusivement interactionnistes que les approches structuralistes pour adopter une posture médiane, qui, dans l'analyse du travail, et notamment dans l'étude des changements susceptibles d'y survenir, consiste à intégrer un regard à la fois microsociologique et macrosociologique, « à travailler dans un espace intermédiaire entre

l'ordre de l'interaction [entre acteurs] et l'ordre de l'institution » (Borzeix, 2001, p. 86). En d'autres mots, la position que nous adoptons consiste à analyser l'action individuelle des acteurs en relation avec les systèmes qui conditionnent les changements pouvant s'opérer dans le travail de ces mêmes acteurs.

### ***3.1.3 Ergonomie cognitive***

Précédemment, nous avons montré le caractère multiforme et central du langage dans l'activité de travail des métiers relationnels. Ce constat doit se traduire dans la conception et l'opérationnalisation de notre devis méthodologique. Nous poursuivons notre réflexion en présentant les fondements de notre conception de l'analyse du travail, qui s'inscrivent en filiation avec l'ergonomie cognitive. Comme nous le verrons, l'ergonomie cognitive priorise l'activité réelle et située des acteurs au lieu des prescriptions théoriques, ce qui s'inscrit en conformité avec ce que nous avons soutenu jusqu'à présent.

L'ergonomie est la science de l'activité de travail; les racines grecques de ce terme, soit *ergon* et *nomos*, signifient respectivement *travail* et *lois*. L'ergonomie a pour projet la construction de connaissances sur l'être humain en action à partir des processus mis en œuvre dans la réalisation de ses activités, notamment en ce qui a trait au contexte de leur réalisation. Dans l'ergonomie, on retrouve deux objets d'étude qui sont en interaction, à savoir l'être humain et son action en situation de travail. L'Association internationale d'ergonomie (AIE) définit la discipline comme :

une discipline scientifique qui vise la compréhension fondamentale des interactions entre les humains et les autres composantes d'un système, et la profession qui applique les principes théoriques, données et méthodes en vue d'optimiser le bien-être des personnes et la performance globale des systèmes. (Falzon, 2004, p. 19)

Le courant de l'ergonomie que nous présentons ici s'inscrit dans la mouvance francophone de l'ergonomie cognitive, ou École française, plutôt que dans la tradition de l'ergonomie dite classique, d'inspiration taylorienne (Taylor, 1911), dont le principal objectif consiste à adapter les dispositifs techniques aux caractéristiques et aux limites de l'être humain. L'ergonomie cognitive se centre sur l'activité humaine, d'où l'appellation ergonomie de l'activité. Sur le plan disciplinaire, l'ergonomie cognitive emprunte plus aux sciences sociales qu'aux sciences du génie, comme le fait l'ergonomie traditionnelle. Elle est dite cognitive dans le sens qu'elle s'intéresse à l'activité de production du travail effectuée par les acteurs. Ici, la dimension cognitive renvoie non seulement à des opérations ultimement mentalisées, mais aussi à des connaissances mises en œuvre dans l'activité.

Nous examinerons maintenant deux concepts fondamentaux de l'ergonomie, à savoir la tâche et l'activité. La tâche correspond au travail qui devrait être effectué du point de vue de ceux qui la conçoivent, alors que l'activité se rapporte au travail accompli par les travailleurs en situation réelle pour effectuer la tâche. La notion de tâche fait référence aux procédures prescrites par l'organisation du travail, de sorte qu'elle est normative par nature, standardisante. La tâche, que nous pouvons aussi appeler le prescrit, définit un but et les conditions de sa réalisation (Falzon, 2004). Le but rend explicites les résultats et les performances attendus dans une situation de travail, tandis que les conditions renvoient aux procédures et aux normes, aux contraintes et conditions de réalisation, et aux moyens mis à la disposition des travailleurs pour faire la tâche.

L'activité concerne ce qui est mis en jeu par les acteurs pour effectuer la tâche. Elle comporte simultanément une part d'éléments observables, soit les comportements ou les artefacts, et une

part d'éléments inobservables, c'est-à-dire l'activité intellectuelle ou cognitive du travailleur, ces deux dimensions étant mises en œuvre pour effectuer dans un contexte donné les prescriptions de la tâche. Selon Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, l'activité observée « n'est jamais que l'actualisation d'une des activités réalisables dans la situation où elle voit le jour » (2000, p. 2). Ainsi, le réel de l'activité inclut les possibles non accomplis, les échecs, etc. Or, ceci n'est pas sans importance pour nous eu égard à l'appropriation de standards et de protocoles puisque l'usage réel de ces derniers peut rendre nécessaire leur ajustement aux contraintes de l'activité, se buter à l'impossibilité de les mettre en œuvre, ou encore traduire diverses stratégies de résistances, certains braconnages des acteurs, pour reprendre l'expression employée par de Certeau (1980). Par ailleurs, il importe de souligner que le couple tâche/activité ne forme pas une opposition, mais bien une association indissoluble, constituant ce que Leplat (1997) nomme une situation de travail. C'est sur cette situation de travail que porte notre intérêt.

Notons que l'activité est ainsi constituée de l'ensemble des discours relatifs à une situation de travail dans les métiers relationnels puisque la parole, dans les interactions langagières avec autrui, représente à la fois l'instrument de l'action et le moyen de résoudre les problèmes rencontrés (de Montmollin, 1986). Plus encore, ce qui caractérise les activités de travail modernes et complexes, c'est le fait qu'elles comportent très souvent l'obligation de communiquer pour travailler. Sur le plan cognitif, la pensée et le langage sont alors fusionnés dans ce que Vygotski (1997) appelle la pensée verbale. De cette façon, le travail devient un objet réflexif qui est en partie accessible au chercheur. Toutefois, même si les diverses manifestations de l'activité langagière occupent une place considérable dans les métiers relationnels, elles ne représentent pas pour autant la seule trace de cette activité. Dans cette

perspective, le geste professionnel des travailleurs sociaux dans leur contexte de pratique constituera lui aussi un matériau empirique important au cours de l'observation directe.

Contrairement à l'ergonomie traditionnelle du courant taylorien, l'ergonomie cognitive ne cherche pas à corriger l'écart observé entre les prescriptions et l'activité réelle par l'intermédiaire d'une modification de ces prescriptions, des dispositifs de travail ou des pratiques professionnelles, estimant plutôt que l'écart existant entre la tâche et l'activité représente une source d'information permettant de mieux comprendre les conditions d'effectuation de la tâche et le sens donné par les acteurs à cet écart, ce sens étant la matière cognitive du travail. Or, dans cette thèse, nous soutenons que l'appropriation et l'usage par les travailleurs sociaux des standards associés à la mise en œuvre des RSIPA représentent l'une des conditions aux fondements de leur tâche et que leur appropriation en situation de travail révèle les possibles de leur activité.

Partant de ces prémisses sur le rapport étroit qui existe entre, d'une part, la parole dans l'activité des travailleurs sociaux et, d'autre part, les prescriptions du travail relatives à cette activité, dans lesquelles les standards occupent de plus en plus d'espace, notre devis méthodologique a mis en relation les deux dimensions de l'analyse du travail définies par l'ergonomie cognitive, c'est-à-dire la tâche et l'activité. Or, nous l'avons vu, l'activité se manifeste elle-même sous deux formes. On retrouve la première forme dans le discours des travailleurs sociaux sur leur activité de travail, ce que nous appelons le dire, observable par le truchement d'entretiens de recherche. On peut avoir accès à la seconde forme, le faire, au moyen de l'observation de l'activité elle-même. Nous avons vu précédemment que le discours des professionnels s'avère révélateur mais insuffisant pour exposer toute la complexité de leur

pratique effective en raison de la difficulté à dire un travail, notamment en raison de son caractère routinier et incorporé. Ainsi, accéder à la fois au dire et au faire de l'activité de travail par l'entremise de diverses stratégies d'observation et d'entretien nous permet d'appréhender cette activité avec une plus grande profondeur. Dans cette perspective, l'étude de cas apparaît comme une réponse logique, en accord avec nos prémisses épistémologiques, tout en nous permettant de déployer ces stratégies d'observation et d'entretiens dans un contexte singulier.

### **3.1.4 L'étude de cas**

Le plan d'ensemble de notre devis s'appuie sur l'étude de cas. Avant de présenter les éléments relatifs à son opérationnalisation dans le contexte de notre thèse, nous ferons état de certains enjeux épistémologiques en lien avec les études de cas. Historiquement, l'étude de cas a connu ses heures de gloire avec l'École de Chicago en sociologie. Par la suite, le statut scientifique de l'étude de cas s'est quelque peu érodé au profit des approches quantitatives utilisées dans des enquêtes statistiques, l'étude de cas en arrivant même à n'être vue que comme une pré-enquête à laquelle n'était accordée qu'une faible valeur scientifique. Selon Yin (2009), cette position demeure encore aujourd'hui celle à laquelle adhèrent certains auteurs (par exemple, Lefrançois, 1992), qui pensent que les études de cas sont surtout de nature exploratoire et descriptive car elles n'ont qu'un faible pouvoir explicatif en raison de l'impossibilité de généraliser leurs résultats. En ce sens, les études de cas seraient plus appropriées à la description qu'à la prédiction et plus proches de l'anthropologie que de la sociologie (dans sa version quantitative).<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup>Stake est un des auteurs dont la conception des études de cas valorise le plus une approche idiographique, descriptive et radicalement subjective : « *We seek an accurate but limited understanding. Seldom are we primarily trying to generalise to other cases* » (1995, p. 134). Ce point de vue se traduit notamment par

Plus fondamentalement, c'est le dilemme entre une posture nomothétique et une posture idiographique (Lincoln et Guba, 1985) qui apparaît en filigrane de ce débat. En d'autres termes, les devis de recherche s'appuyant sur des études de cas peuvent-ils nous permettre d'inférer des lois générales, qui, si elles ne sont pas universelles, sont à tout le moins transposables dans d'autres contextes que celui où les données ont été récoltées, ou devons-nous restreindre leur portée à ne considérer que ce qu'il y a d'individuel et de singulier dans chaque cas? L'arrimage entre le singulier et le général est particulièrement difficile à trancher lorsque la complexité des phénomènes à l'étude fait en sorte que ceux-ci ne peuvent pas être appréhendés dans une stricte logique explicative de corrélation d'un ensemble plus ou moins important de variables.

Dans leurs travaux, Yin (2009), Stake (1995) et Hamel (1997a; 1997b; 1998; 2000), auteurs sur lesquels nous nous appuyons, ont largement débattu de ces enjeux et, ce faisant, mis la table à une problématisation des *a priori* épistémologiques des études de cas dans le champ de la recherche sociale. Nous mettrons principalement en dialogue deux auteurs, soit Hamel et Stake, le premier pour sa contribution épistémologique à la scientificité des études de cas, le second en tant que méthodologue. Tout d'abord, nous définirons ce que nous entendons par étude de cas.

#### *3.1.4.1 Statut scientifique et définition des études de cas*

---

l'importance que Stake accorde aux études de cas *intrinsèques*, dont la valeur réside dans le caractère unique du cas, qu'il faut par conséquent explorer en profondeur, rendant par le fait même toute généralisation impertinente. Nous montrerons que ce n'est pas la posture que nous soutenons.

Selon les auteurs, la reconnaissance du statut scientifique et de la nature d'une étude de cas est variable. Pour Yin (2009), l'étude de cas se présente comme une stratégie de recherche globale comprenant une logique de conception de la recherche, des techniques de collecte de données et des approches spécifiques d'analyse des données. À ce titre, Yin attribue à l'étude de cas le statut de méthode.<sup>43</sup> Au contraire, pour Hamel (1997b), qui s'appuie sur Granger, les études de cas ne peuvent aucunement être considérées comme une méthode, celle-ci étant définie « comme un ensemble de démarches et de procédés réglés, largement indépendants de la nature des objets à connaître » (Granger, 1993, p. 45). Ainsi, Hamel préfère considérer l'étude de cas comme une *approche* qui englobe diverses méthodes de collecte et d'analyse des informations qui peuvent se présenter sous des formes variables (1997b). Partant de cette précision, nous faisons nôtre la définition de l'étude de cas qui a été proposée par Yin et qui est reprise et traduite notamment par Hamel (1997b). Une étude de cas est :

une recherche empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte; est caractérisée par le fait que les frontières entre le phénomène et son contexte ne sont pas claires; comporte une abondance de variables pertinentes; s'appuie sur de multiples éléments de preuve qui doivent converger; est orientée par un cadre théorique préexistant pour guider la collecte et l'analyse des données (Yin, 1997; traduction proposée par Hamel, 1997b, p. 10).

Nous adoptons cependant une approche plus compréhensive que celle soutenue par Yin. En fait, en nous appuyant sur Hamel, nous considérons que « l'étude de cas consiste [...] à rapporter un phénomène à son contexte et à l'analyser pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe » (1998, p. 123).

---

<sup>43</sup> Ce choix terminologique n'est toutefois pas justifié par Yin, qui situe sur un même plan, en les qualifiant de méthode, des stratégies de collecte de données et certains types de devis (« *experiment, survey, archival analysis, history, case study* ») (Yin, 2009, p. 8). En fait, la position adoptée par Yin par rapport aux études de cas est plus proche d'une posture expérimentale que celle de Hamel ou de Stake. En effet, pour Yin, les études de cas se révèlent particulièrement bien adaptées aux situations où il est impossible d'isoler ou de manipuler les variables qui influent sur le phénomène à l'étude.



Par ailleurs, nous effectuons dès maintenant une distinction fondamentale entre deux notions qui peuvent empiriquement se recouper mais qui doivent être conceptuellement distinguées, soit la notion de cas elle-même et la localisation spatio-temporelle de ce cas, c'est-à-dire le lieu ou le site à l'étude. Cette distinction apparaît d'autant plus nécessaire à apporter qu'un cas peut effectivement être un lieu physique ou géographique, même s'il ne se réduit pas à ce dernier point. Dans cette optique, Huberman et Miles soutiennent qu'« un cas peut être [...] un programme, un projet spécifique, un réseau, une famille, une communauté, et même un comportement individuel pour une période et un environnement donné » (1991, p. 47).

Dans le même ordre d'idées, nous adoptons le point de vue d'Hamel sur ce qui, dans ses fondements, détermine la nature d'un cas. Hamel considère qu'un cas est en réalité un observatoire, « un dispositif par lequel un objet peut être étudié » (Hamel, 1997b, p. 91). Dans cet esprit, une des illustrations fréquemment citées par Hamel est une étude monographique réalisée par Hughes (1943) et intitulée *French Canada in Transition*, dont l'objet est l'urbanisation de la société québécoise dans les années 1940 et qui a pour terrain d'observation la ville de Drummondville. Nous pourrions dire que le cas en cause ici, nommément l'urbanisation, constitue en quelque sorte un objet d'étude mis en contexte par l'intermédiaire de la ville de Drummondville, choisie pour un attribut particulier, à savoir la présence à l'époque de deux communautés linguistiques.

Ce sont précisément ces attributs qui sont sélectionnés par le chercheur qui confèrent à un cas sa représentativité, comme nous le verrons plus loin. Ainsi, au sens où le comprend Hamel (2000), la détermination de ces lieux ne s'inscrit pas dans une logique de représentativité statistique, mais bien dans une logique de représentativité théorique. Il n'en reste pas moins

que cette étape charnière dans une étude de cas nécessite de faire appel à l'imagination méthodologique<sup>44</sup> du chercheur (Hamel, 2000). Cette expression renvoie au travail d'élaboration d'un échantillon de cas qui, par leurs attributs propres, sont capables de révéler les rapports sociaux à l'œuvre dans un phénomène donné. C'est cette même imagination méthodologique que nous avons mise à profit pour sélectionner des cas représentatifs pour notre étude.

#### *3.1.4.2 Contextualisation, description et théorisation dans les études de cas*

Puisque la représentativité d'un cas est fondée sur la somme des qualités qui lui sont reconnues, ces qualités doivent être largement explicitées au moyen d'une description en profondeur des cas à l'étude. Par ailleurs, il s'agit d'une des stratégies d'analyse qui est proposée par Yin (2009) et qui consiste à rédiger une description de cas, démarche que nous avons réalisée pour chacun des deux CSSS à l'étude.

Cependant, en accord avec les points de vue auxquels adhèrent Yin (2009) et Hamel (2008), nous considérons que la description doit dépasser sa dimension factuelle. En ce sens, nous pensons que la description consiste « à cerner, voire circonscrire un événement afin de pouvoir le manipuler en tant qu'objet » (Hamel, 1997 b, p. 79). Comme Hamel le souligne, la description constitue l'amorce de l'explication, et la théorie descriptive représente « le prélude à une théorie explicative » (Hamel, 1998, p. 136). De la sorte, la description apparaît comme « une sorte de début d'insertion de l'objet décrit dans un système opératoire qui en prépare la manipulation formelle » (Granger, 1992, p. 4). Toute description appelle à une narration des

---

<sup>44</sup> L'expression *imagination méthodologique* proposée par Hamel est un emprunt explicite à l'ouvrage de Mills ayant pour titre *L'imagination sociologique*, publié en 1959.

faits décrits, d'où la question de son écriture. Au contraire de certains auteurs proches d'une posture postmoderniste, pour lesquels la description, et ultimement la validité scientifique d'une démonstration, prend appui sur les arsenaux rhétoriques du langage, celui qui est propre au sujet-chercheur pour décrire son objet, Hamel (1997a ; 1997b) soutient que la connaissance issue de la recherche doit s'élaborer par le truchement d'une langue scientifique, c'est-à-dire « rendue univoque et coordonnée à des charges épistémologiques et méthodologiques saisissables dès l'abord » (Hamel, 1997b, p. 12). Il en découle la nécessité de faire un usage formel de la langue dans le but d'explicitier les rouages de l'imagination méthodologique du chercheur, voire de contrôler et reproduire ou, à tout le moins, de rendre explicites les étapes successives d'analyse et de réduction auxquelles sont soumises les données.

À partir de ce qui précède, l'on conçoit que l'imagination méthodologique du chercheur devra s'alimenter des matériaux théoriques sur lesquels se fonde sa recherche. Tout ceci pose l'enjeu de l'articulation entre les faits empiriques et la théorie dans l'étude de cas, ou, en d'autres termes, l'enjeu de la part d'induction et de déduction à l'étape de l'élaboration d'une étude de cas et, subséquemment, lors de l'étape de l'analyse des données.

#### *3.1.4.3 Statut de la théorie dans une étude de cas*

Dans le cadre d'une étude de cas, l'articulation entre la théorie et l'empirie doit être explicitée du fait même de l'absence d'un point de vue univoque sur la place de la théorie dans les études de cas. Pour Yin (2009), la théorie occupe un rôle de premier plan dans la réalisation d'une étude de cas. En effet, cet auteur distingue l'étude de cas des approches ethnographiques et de théorisation ancrée en raison de leur choix délibéré d'exclure *a priori* tout cadre théorique. Dans sa conception de l'étude de cas, Yin est plus proche d'une conception hypothético-

déductive de la recherche que d'une conception strictement inductive comme dans la théorisation ancrée. Ce auteur précise qu'une étude de cas « *[b]enefits from the prior development of theoretical propositions to guide data collection and analysis* » (2009, p. 18).

Sur le rapport existant entre l'étude de cas et la théorie, Hamel écrit :

La représentativité du cas tient [...] à des qualités que la théorie met en relief aux fins de l'étude vers laquelle elle tend, de sorte que ces qualités sont, pour l'essentiel, méthodologiques. Le cas comporte les qualités voulues dans la mesure où il constitue le moyen par excellence pour expliquer l'objet à l'étude, leur mise en évidence en faisant foi (1997b, p. 100).

Pour Yin et Hamel, la présence d'un corpus théorique revêt une importance cruciale dans l'élaboration d'une étude de cas, et ce, même si son rôle ne s'inscrit pas dans une stricte logique hypothético-déductive. Ainsi, la théorie peut se retrouver en amont ou en aval du processus de sélection des cas. Selon une orientation hypothético-déductive, les qualités méthodologiques d'un cas, pour reprendre le concept énoncé par Hamel (1997b), peuvent être révélées en s'appuyant sur une théorie déjà constituée. En accord avec cette orientation hypothético-déductive, le cas soutient la capacité de la théorie à expliquer l'objet de l'étude. Ce point de vue est congruent avec celui de Yin, pour qui la théorie permet d'orienter la collecte de données. À l'inverse, suivant une perspective inductive, l'explication détaillée des qualités méthodologiques des cas permet d'induire une théorie substantive. Cette dernière, en relation étroite avec le contexte dans lequel la recherche a été menée, devra être soumise à d'autres cas pour tester et élargir sa portée théorique et, éventuellement, transformer cette théorie substantive en théorie générale.

Or, même si le nombre de cas peut faire preuve, nous ne nous situons pas ici dans une logique de représentativité statistique parce que « le nombre prend son importance dans la mesure où il se révèle la qualité nécessaire pour expliquer » (Hamel, 1997b, p. 102). En ce sens, un cas

unique peut être représentatif s'il nous permet de révéler les rapports sociaux à l'œuvre dans le phénomène à l'étude.

Dans le cadre de notre recherche, notre corpus théorique se situe en amont et en aval de notre collecte de données. En effet, malgré l'important travail de conceptualisation que nous avons effectué au préalable, notre approche demeure largement inductive. Les matériaux théoriques et conceptuels que nous avons répertoriés nous ont guidés afin de donner sens à une part du réel en contraignant notre regard à adopter successivement plusieurs perspectives complémentaires. Toutefois, comme nous le soutenons plus bas, notre démarche vise moins à produire une théorie formelle et généralisable qu'une théorie *substantive* au contexte dans lequel notre recherche a été menée.

Nous avons vu que la conception de Stake est celle qui valorise le plus une approche idiographique, descriptive et radicalement subjective. En fait, pour Latzko-Thot, qui analyse le point de vue de Stake sur la généralisation, cette dernière ne prend pas appui sur la représentativité des cas, mais plutôt sur un « défi littéraire » (2009, p. 27) puisque c'est dans l'acte d'écriture, dans la narration du cas, que se constitue une démarche de « généralisation naturaliste » (2009, p. 26) qui s'élabore par l'entremise des processus cognitifs mis en œuvre par les lecteurs d'un rapport de recherche. Écrit autrement, selon le point de vue de Stake, la capacité de généralisation théorique d'une étude de cas repose sur l'interprétation subjective qu'un lecteur peut faire d'une description de cas. Hamel (1997b) reprend partiellement la conception de Stake sur la valeur du cas singulier en soutenant que le cas permet de penser en quoi le singulier peut se distinguer du général, en quoi le singulier peut se généraliser, et surtout en quoi cela produit une intelligence du général. Ainsi, pour Hamel et Stake, l'accent

est mis sur l'unicité du cas, ce qui implique de connaître ce qui rend un cas particulier différent d'un autre.

Toutefois, même si Yin et Hamel s'entendent pour octroyer une place prépondérante à l'écriture, notamment pour rendre compte de la complexité du réel, leur point de vue sur la généralisation diverge fondamentalement de celui défendu par Stake; pour ces deux auteurs, la généralisation est possible, et elle doit s'appuyer sur la théorie puisqu'elle n'est pas de nature statistique, mais plutôt analytique (Yin, 2009).

Dans le cadre de notre thèse, c'est cette posture analytique que nous avons adoptée. La description détaillée de l'activité professionnelle des acteurs et du contexte dans lequel s'inscrit cette activité vise certes la compréhension en profondeur des situations singulières, mais dans le but d'en induire des pistes de réflexion transversales qui dépassent la portée d'une théorie substantive qui se limiterait au contexte dans lequel notre recherche a été menée.

### **3.2 Construction du cas et échantillon**

Dans le cadre de notre thèse, notre objet d'étude est la standardisation des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux. Afin d'approcher cet objet d'étude, les RSIPA ont joué le rôle d'observatoire d'une certaine standardisation en action. En effet, la mise en œuvre de RSIPA dans chacun des CSSS à travers le Québec est porteuse de sa propre histoire et d'un arrangement de ressources, de cultures et de routines qui leur sont spécifiques. Nous avons opté pour une étude de cas multiples imbriquée (Yin, 2009) comportant deux cas, en l'occurrence deux CSSS où ont été implantés des RSIPA. Nous pouvons considérer que les deux CSSS sélectionnés se caractérisent par une certaine homogénéité interne l'un par rapport

à l'autre car ils s'inscrivent dans des structures organisationnelles similaires : mêmes programmes généraux pour la prise en charge des personnes âgées, mêmes prescriptions ministérielles, mêmes groupes professionnels en interaction. Par-delà cette relative homogénéité interne, nous avons contrasté ces deux cas par rapport à leur niveau d'avancement de l'implantation des RSIPA. Le premier cas, le CSSS A, se caractérise par un début de mise en œuvre des divers ensembles de standards associés à un RSIPA. Dans le second cas, le CSSS B, l'implantation des RSIPA est plus ancienne et le rapport aux standards y est davantage routinisé.

Nous nous sommes appuyés sur une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné pour sélectionner les acteurs qui ont pris part à notre recherche. Ces acteurs devaient respecter les critères d'inclusion suivants :

- 1) faire partie d'une équipe au sein du programme *perte d'autonomie liée au vieillissement* (PALV);
- 2) être des intervenants sociaux (IS) qui ont été formés en travail social, de niveau baccalauréat ou supérieur ; être ou non membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ).
- 3) posséder une expérience en emploi de plus de six mois dans une équipe PALV afin d'avoir intégré minimalement la culture professionnelle et organisationnelle du CSSS où ils travaillent.

Pour chacun des deux cas à l'étude, nous avons recruté quatre intervenantes sociales (IS)<sup>45</sup>. Ces dernières constituent quatre unités d'analyse imbriquées à chacun des deux cas contrastés.

---

<sup>45</sup> Nous utiliserons cette appellation générique et transversale pour désigner les participantes à la recherche. Notons toutefois que, dans leur CSSS respectifs, les IS du CSSS A portent le titre de travailleuses sociales alors

Ce nombre peut de prime abord sembler petit pour assurer la validité interne de notre démarche. Or, comme nous le verrons ci-dessous, nous avons effectué quatre collectes de données différentes avec chacun de nos sujets de recherche, soit trois jours d'observation directe et trois entretiens distincts.

Le recrutement des huit IS s'est déroulé de juillet à octobre 2011. Celles-ci nous ont été désignée par les coordinatrices cliniques des deux CSSS respectifs, dans le respect des critères d'inclusion préétablis. Nous nous sommes assurés de l'accord de chacune des participantes recrutées et nous avons convenu avec chacune du moment opportun pour débiter la collecte de données. Le tableau II présente sommairement le profil des IS que nous avons recrutées :

<b>Tableau II : Profil professionnel des intervenantes sociales recrutées</b>	
<b>CSSS A</b>	
IS 1	Fonction actuelle : travailleuse sociale au PALV depuis 2 ans Fonctions précédentes : autres secteurs au CSSS : Santé mentale et Enfance-Jeunesse Famille Charge de cas <sup>46</sup> : 50 dossiers
IS 2	Fonction actuelle : travailleuse sociale au PALV depuis 4 ans Fonctions précédentes: autres secteurs au CSSS : Enfance-Jeunesse Famille. Charge de cas : 30 dossiers <sup>47</sup>
IS 3	Fonction actuelle : travailleuse sociale au centre hospitalier depuis 28 ans Charge de cas : environ 15 dossiers par semaine <sup>48</sup>
IS 4	Fonction actuelle : travailleuse sociale au PALV depuis 5 ans Fonctions précédentes : autres secteurs au CSSS : CHSLD et Accueil CLSC Charge de cas : 50 dossiers <sup>49</sup>

qu'au CSSS B, trois des IS portent le titre de gestionnaires de cas et une le rôle d'intervenante sociale. La féminisation nous est apparue naturelle et nécessaire puis que tous les participantes sont des femmes. Dans le même esprit, nous désignerons leur secteur d'intervention par une appellation transversale, soit *perte d'autonomie liée au vieillissement* (PALV).

<sup>46</sup> De manière généralisée, les IS utilisent plutôt l'expression anglaise *caseload*.

<sup>47</sup> Il s'agit d'une charge de cas allégée dans le cadre d'un retour au travail.

<sup>48</sup> Les activités d'intervention de cette IS se déroulent dans un centre hospitalier. Sa prise en charge d'un dossier débute avec la formulation par un médecin d'une requête d'intervention psychosociale pour un patient et se termine après l'obtention du congé de l'hôpital. Il s'agit de prises en charge rapides et généralement de très courte durée.



CSSS B	
IS 5	Fonction actuelle : gestionnaire de cas au PALV depuis 10 ans Fonctions précédentes: secteur communautaire et défense de droits personnes âgées Charge de cas : 37 dossiers /4 jours
IS 6	Fonction actuelle : gestionnaire de cas au PALV depuis un an Fonctions précédentes : autres secteurs au CSSS : Unité de courte durée gériatrique et CHSLD charge de cas : 40 dossiers
IS 7	Fonction actuelle : intervenante sociale au PALV depuis 4 ans Charge de cas : 47 dossiers
IS 8	Fonction actuelle: gestionnaire de cas au PALV depuis 4 ans Fonctions précédentes : autres secteurs au CSSS Charge de cas : 216 dossiers dont 35 attribués à GC <sup>50</sup>

Notons que toutes les IS œuvrant au CSSS A sont membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), ce qui n'est le cas d'aucune des IS travaillant au CSSS B<sup>51</sup>. Lorsque nous avons élaboré notre stratégie d'échantillonnage, nous avons formulé l'hypothèse que l'appartenance des IS à cet ordre professionnel pourrait influencer sur leur rapport à la standardisation, or les résultats de notre recherche ne montrent aucune différence liée au fait d'en être membre ou non. Comme nous le verrons plus loin, c'est davantage la trajectoire professionnelle des IS, ainsi que les milieux de pratique qu'elles ont connus et leur contexte de pratique actuel, qui contribuent à modifier leur rapport à la standardisation.

<sup>49</sup> Les activités d'intervention de cette IS portent spécifiquement sur les usagers vivant dans des résidences intermédiaires (RI) ou de type familial (RTF). Il s'agit d'usagers dont les besoins ne peuvent pas être comblés dans un milieu de vie traditionnel mais qui ne nécessitent pas le niveau de soins prodigués dans un CHSLD.

<sup>50</sup> Les activités d'intervention de cette IS s'adressent aux usagers qui répondent aux critères d'admission à la gestion de cas mais qui sont en attente d'une prise en charge complète par une gestionnaire de cas. Cette IS suit l'évolution de l'ensemble des dossiers en attente mais peut intervenir sporadiquement sur environ 35 dossiers.

<sup>51</sup> Nous avons constaté que chez les participantes à l'étude, le fait d'adhérer à l'OTSTCFQ était davantage lié à la présence d'une règle institutionnelle obligeant l'adhésion plutôt que sur un choix volontaire qui pourrait traduire un positionnement identitaire ou une stratégie de professionnalisation :

*On n'est pas encore obligés. Ça fait deux ans qu'ils nous disent que ça s'en vient et que la loi est supposée passer, ça fait que moi, j'attends et je sauve 500 piastres par année. J'étais [membre], mais je suis sortie de l'ordre parce que, pour moi, c'est juste pas important. (E1-IS7 CSSS B)*

De fait, les IS du CSSS A, pourtant tous membres de l'OTSTCFQ, n'y attribuent aucune valeur particulière : *Ça fait qu'à part de me coûter 500 ou 600 piastres par année [...]. Au prix que ça me coûte par année, je vais mettre « TS » [ dans ma signature professionnelle, c'est] certain (E1-IS4).*

### 3.3 Stratégies d'observation

Notre approche globale de collecte de données s'est appuyée sur une stratégie de triangulation méthodologique (Mucchielli, 1996). Nous avons fait appel à plusieurs types de données et à plusieurs méthodes de collecte de données que nous avons mises en relation afin de renforcer la profondeur et la validité interne de notre démarche d'analyse. Dans les pages qui suivent, nous allons présenter les fondements méthodologiques et l'opérationnalisation de ces diverses collectes :

- Collecte documentaire
- Observation *in situ* de l'activité des intervenantes sociales (J1-J2-J3)
- Entretiens semi-directifs sur le sens de la standardisation (E1)
- Entretiens sur l'activité de travail en deux phases :
  - Première phase : Entretiens d'explicitation de l'activité (E2)
  - Deuxième phase : Entretien semi-directif de type auto-confrontation (E3)

La réalisation de l'ensemble des collectes de données s'est déroulée sur une période de huit mois. Nous avons dû ajuster notre agenda afin de répondre à diverses contingences temporelles qui ont parfois nécessité de reporter des collectes de données déjà planifiées en raison d'absences imprévues des intervenantes sociales ou de situations cliniques trop délicates pour être observées par un tiers. Nous avons choisi de réaliser chacune de nos collectes de données simultanément dans les deux CSSS à l'étude. Cette manière de procéder s'est avérée particulièrement valable pour soutenir un processus de comparaison continue entre les deux cas. Le tableau III résume le déroulement chronologique de l'ensemble de notre collecte de données.

<b>Tableau III : Déroulement chronologique des collectes réalisées (août 2011-mars 2012)</b>						
Sujets de recherche	Observations			Entretiens		
	J1	J2	J3	E1	E2	E3
IS 1	07/09	12/09	13/10	04/10	28/11	27/01
IS 2	01/09	02/09	21/10	20/10	28/11	27/01
IS 3	06/09	19/09	25/10	14/10	26/01	16/02
IS 4	27/09	11/10	24/10	04/10	01/12	16/03
IS 5	08/08	09/08	03/10	26/09	25/11	15/12
IS 6	10/08	11/08	18/10	17/10	??/11	09/02
IS 7	17/08	18/08	10/10	29/09	07/12	10/02
IS 8	24/08	25/08	07/08	05/10	07/12	01/02
Cumul temps d'observation : 170 H				Cumul temps d'entretien : 26 H		

### ***3.3.1 Collecte I : Collecte documentaire***

Tous les écrits méthodologiques que nous avons consultés reconnaissent l'importance de documenter les contextes dans le cadre d'une étude de cas. Notre première collecte de données a donc été de type documentaire (Cellard, 1997). Lors de la présentation de notre problématique, nous avons fait état des principales lignes de force des orientations ministérielles en rapport avec la standardisation des pratiques dans le contexte de la mise en œuvre des RSIPA. Cependant, ces orientations peuvent avoir été plus ou moins implantées localement, adaptées à des degrés divers, voire en partie rejetées. Afin de nous permettre de dégager un portrait précis et nuancé de ces adaptations locales, nous avons recensé les documents produits par chacun des CSSS participants. Ces textes ont pris la forme de documents guidant la mise en œuvre de standards, de protocoles et de documents évaluatifs comme des rapports annuels ou de rapports retraçant l'historique et les conditions d'implantation desdits standards. Remarquons que, même si l'analyse documentaire précède en partie et prépare l'observation directe de la pratique, ces deux collectes de données s'inscrivent dans un processus itératif. Ainsi, par l'entremise des intervenantes sociales (IS) ou de leurs supérieurs hiérarchiques, l'accès à nos terrains d'enquête nous a permis de dégager des usages locaux des outils standardisés et des protocoles *a priori* invisibles parce que peu formalisés ou non diffusés à l'extérieur de l'organisation. Notre collecte documentaire n'est pas systématique puisque ce sont les documents utilisés ou cités par les acteurs qui nous intéressaient. En outre, nous avons examiné certains écrits qui ont été produits par les CSSS à l'étude après la conclusion de notre enquête terrain. Nous considérons que ces nouveaux documents pouvaient traduire un mouvement d'institutionnalisation et d'appropriation des

forces de standardisation précédemment observées. Les données extraites de ces analyses documentaires étaient les suivantes :

- 1) informations générales sur la nature du document retenu (auteurs, destinataires, brève description);
- 2) traces des standards relatifs aux RSIPA, peu importe qu'ils reprennent intégralement les prescriptions ministérielles ou qu'ils en soient une adaptation locale;
- 3) argumentaire déployé par les décideurs locaux relativement à la mise en œuvre, la conception et l'adaptation de ces standards.

### ***3.3.2 Collecte II : Observation in situ de l'activité des intervenantes sociales***

Notre deuxième collecte de données s'inscrit dans la famille de l'observation directe, appelée aussi observation en situation (Jaccoud et Mayer, 1997) ou observation *in situ* de l'activité (Villatte, Teiger et Caroly-Flageul, 2004), un vocable provenant du champ de l'ergonomie et spécifique à l'observation de l'activité au travail. Il convient de rappeler ici que, dans une perspective ergonomique, l'observation de l'activité réelle permet d'accéder au faire des acteurs et, éventuellement, de confronter ce dernier au dire de ces mêmes acteurs, tout comme au prescrit balisant leur activité de travail.

Dans l'esprit de Geertz (1983), l'observation implique de « lire par-dessus l'épaule » des sujets observés (p. 215). Cette posture implique que le chercheur se rapproche du regard d'autrui mais sans pour autant le faire sien. Plus les terrains soumis à l'observation sont complexes, plus il devient difficile de comprendre de l'extérieur la culture locale. En ce sens, posséder un certain niveau de connaissances empiriques des activités de travail des acteurs paraît être une

condition favorable à une compréhension fine du terrain (Faïta, 2001). Cependant, une trop forte connivence, ou une trop forte homologie de classe, dirait Bourdieu, pourrait nous conduire à *devenir indigène*, au sens ethnographique du terme, et ainsi réduire notre capacité à nous extraire de notre propre regard et à opérer la distanciation nécessaire à l'observation.

La posture d'observation que nous avons adoptée avec les IS correspond à une posture d'interaction, une position intermédiaire entre l'imprégnation de l'observateur par l'entremise de sa participation aux activités des membres d'un collectif et la passivité, une posture neutre et distanciée où les interactions avec les membres de ce collectif sont réduites au minimum (Jaccoud et Mayer, 1997). La posture d'interaction prévoit qu'un certain degré d'interaction s'avère nécessaire pour comprendre l'activité des membres du collectif observé leur activité, ce qui implique une part de socialisation avec les acteurs locaux, c'est-à-dire les huit IS des CSSS observés. Cette socialisation est d'autant plus pertinente que plusieurs études portant sur l'analyse des pratiques professionnelles ont montré que l'activité au travail se prolonge au-delà des lieux dédiés au travail officiel (par exemple, devant la machine à café, dans les aires de repas, lors des discussions de couloir, etc.). Il n'en demeure pas moins que cette socialisation doit se garder d'une imprégnation totale sous peine de perdre en réflexivité.

### *3.3.2.1 Opérationnalisation de l'observation in situ de l'activité*

Nous avons planifié l'agenda des journées d'observation en appui sur plusieurs principes. Premièrement, l'observation s'est déroulée en suivant le principe de chronicité, en sélectionnant autant que possible des journées d'observation consécutives. Ainsi, nous avons tout d'abord effectué deux jours d'observation consécutifs avec six des huit intervenantes sociales. Cette façon de procéder nous a permis d'appréhender les diverses interventions

successives pour un usager. En outre, afin d'être en mesure de dresser un portrait le plus exhaustif possible de l'ensemble des activités hebdomadaires propres à chacun des deux CSSS, nous avons introduit le principe d'hétérogénéité en nous assurant de répartir nos observations par intervenante sur différents jours de la semaine. Ceci nous paraissait important parce que l'agenda des activités hebdomadaires des intervenantes sociales est meublé de moments routiniers, propices à observer des échanges collectifs, par exemple des réunions d'équipe. Afin de nous imprégner des contextes propres à chacun des CSSS, nous avons complété les deux premiers jours d'observation avant de réaliser notre première phase d'entretiens de recherche (E1) et, par la suite, poursuivre avec le dernier jour d'observation. Cette manière de procéder nous a permis d'adapter la grille d'entretien initialement élaborée tout en renforçant l'acuité et la précision de nos observations lors de la troisième journée.

Durant en moyenne 7 heures, les journées d'observation *in situ* de l'activité couvraient l'ensemble des activités journalières des intervenantes sociales, à partir de leur arrivée au bureau le matin jusqu'à la fermeture de leurs dossiers en fin de journée. Ces activités impliquaient régulièrement des visites auprès d'usagers dans leur milieu de vie ou en centre hospitalier. Au cours de nos journées d'observation, nous avons également assisté à deux réunions d'équipe des intervenantes sociales (CSSS A et CSSS B) de même qu'à une réunion du mécanisme d'accès à l'hébergement au CSSS A.

Nos notes d'observation ont la plupart du temps été rédigées à l'aide d'un ordinateur portable. Lorsque la présence de notre ordinateur pouvait créer un malaise chez les acteurs, nous avons rédigé des notes manuscrites. Comme le montre le tableau III, nous avons accumulé 176 pages de notes à partir de 168 heures d'observation réparties sur 24 journées. Nous avons joint, à

l'annexe I, un extrait de la première page de note, compilée lors de la première journée d'observation avec une des IS.

Afin de guider nos observations *in situ* de l'activité, nous avons employé une grille d'observation comportant plusieurs thématiques distinctes :

1. Une description de l'environnement de travail de l'IS (organisation spatiale et distribution des diverses formes d'outil standardisés et de protocoles);
2. Une description détaillée des pratiques et des discours relatifs aux fonctions d'évaluation, de planification et d'échange d'information qui sont en liens avec les outils et protocoles utilisés dans les deux CSSS à l'étude ;
  - a. Une description des interactions entre les IS et d'autres acteurs, mais aussi avec l'environnement technologique utilisé lors de ces interactions (par exemple : une IS consultant un OEMC dans le dossier informatisé d'un usager pendant qu'elle intervient auprès de cet usager au téléphone).
  - b. Une description des activités réalisées et du discours des IS lors de leurs interventions auprès d'usagers ou d'autres acteurs mobilisant diverses dimensions de la standardisation.
3. La description de moments et d'événements (Lebeaume, 2000) significatifs dans la pratique des IS observés eu égard aux trois fonctions précédentes.
  - a. Les moments s'inscrivent dans la continuité. Ils révèlent les aspects les plus routiniers des pratiques des intervenantes sociales et nous permettent d'appréhender les standards pour lesquels l'appropriation est la plus forte, voire incorporée.



b. Les événements participent de la rupture du cours habituel du travail. Ils peuvent prendre la forme d'un événement critique, d'une crise, etc. Nous nous sommes donc intéressé à certains événements qui sont révélateurs d'un dysfonctionnement, c'est-à-dire aux incidents critiques (Clot et Leplat, 2005) en lien avec la standardisation (par exemple, une demande d'information faite par une intervenante à un supérieur, etc.). En fait, les incidents critiques représentent des temps cruciaux pour l'analyse des processus de traduction du prescrit en activité. Ils mettent en partie à jour des processus cognitifs qui guident l'action des acteurs ; par exemple, ils peuvent confronter les intervenantes sociales à un standard inadapté à la situation. Un tel événement se manifeste alors comme un révélateur tangible des conditions d'ajustement, de rejet ou d'appropriation des ensembles de règles portées par les outils et protocoles présents.

4. Nos réflexions théoriques et interrogations émergentes.

### ***3.3.3 Collecte III : Entretiens semi-directifs sur le sens de la standardisation***

La troisième composante de notre collecte de données a consisté à réaliser un entretien compréhensif avec des intervenantes sociales (E1). L'un des principaux défis en lien avec la réalisation d'un entretien de recherche est le maintien d'un équilibre entre deux nécessités, soit, d'une part, le respect de la liberté de parole de notre interlocutrice, qui, si cette parole prend trop ses aises, peut conduire l'entretien sur des pistes trop éloignées de l'objet de recherche et, d'autre part, le degré de directivité de l'entretien, qui a pour effet de réduire l'espace de parole de notre interlocutrice, voire, dans une logique se voulant plus hypothético-déductive qu'inductive, de conduire l'entretien sur des chemins déjà connus et, par

conséquent, d'occulter l'émergence de certaines découvertes. Le respect de cet équilibre est d'autant plus important que le temps passé en face à face avec les sujets de recherche est toujours trop limité. Cette contrainte nous a conduits à adopter une structure d'entretien semi-directive (Patton, 2002 ; Savoie-Zajc, 2003) qui comportait des thèmes généraux rédigés sous forme de questions ouvertes et de thématiques plus spécifiques.

### *3.3.3.1 Opérationnalisation des entretiens semi-directifs*

Ces premiers entretiens (E1), dont la durée moyenne était de 77 minutes (66-97 minutes), ont débuté par des questions générales permettant relever les changements importants qui se sont déroulés dans les organisations respectives de chacune des IS et qui ont eu un effet sur leur pratique. Cette entrée en matière par la pratique professionnelle nous a permis d'accéder à des formes de standardisation multiformes et prégnantes dans les contextes que nous avions *a priori* sous-estimés. Par la suite, nous avons abordé dans le détail diverses formes de standardisation présentes et leurs effets sur les pratiques professionnelles. Dans un troisième temps, nous avons dressé le portrait des divers outils standardisés et protocoles existants, de leur usage et de leur pertinence du point de vue des IS. En conclusion à l'entretien, nous avons demandé aux IS de nous raconter deux situations contrastées d'intervention tirées de leur pratique. Dans la première situation, l'usage de l'OEMC devait être perçu comme ayant joué un rôle déterminant en soutien à leur pratique, alors que, dans la deuxième situation, l'emploi de cet instrument devait avoir plutôt entravé leur pratique.

Après la réalisation des premiers entretiens, et en accord avec le caractère itératif de notre devis, cette grille a ensuite été légèrement modifiée afin de tenir compte des réalités propres à chacun de nos terrains d'enquête. Comme le montre le tableau IV, les entretiens ont été menés

autour de quatre thématiques interreliées. Nous avons joint, à l'annexe II, la version complète du canevas général que nous avons utilisé.

<b>TABLEAU IV : THEMATIQUES ABORDEES DURANT L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF (E1)</b>
<b>CHANGEMENTS ET STANDARDISATION</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identification des changements organisationnels significatifs.</li> <li>2. Formes de standardisation rattachées à ces changements et leur effet.</li> <li>3. Représentations du discours managérial de performance et de ses effets</li> </ol>
<b>IDENTIFICATION ET USAGE DES OUTILS STANDARDISES</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identification des outils et protocoles utilisés et leur effet sur la pratique.</li> </ol>
<b>MARGE D'AUTONOMIE PERÇUE</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Représentation de l'autonomie et les effets de la standardisation</li> </ol>
<b>USAGE TYPE DES OUTILS STANDARDISÉS</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Narration de deux situations réelles où l'OEMC a joué un rôle particulièrement significatif, soit en soutenant leur intervention (situation 1), soit en l'entravant (situation 2).</li> </ol>

### ***3.3.4 Collecte IV : Entretiens sur l'activité de travail***

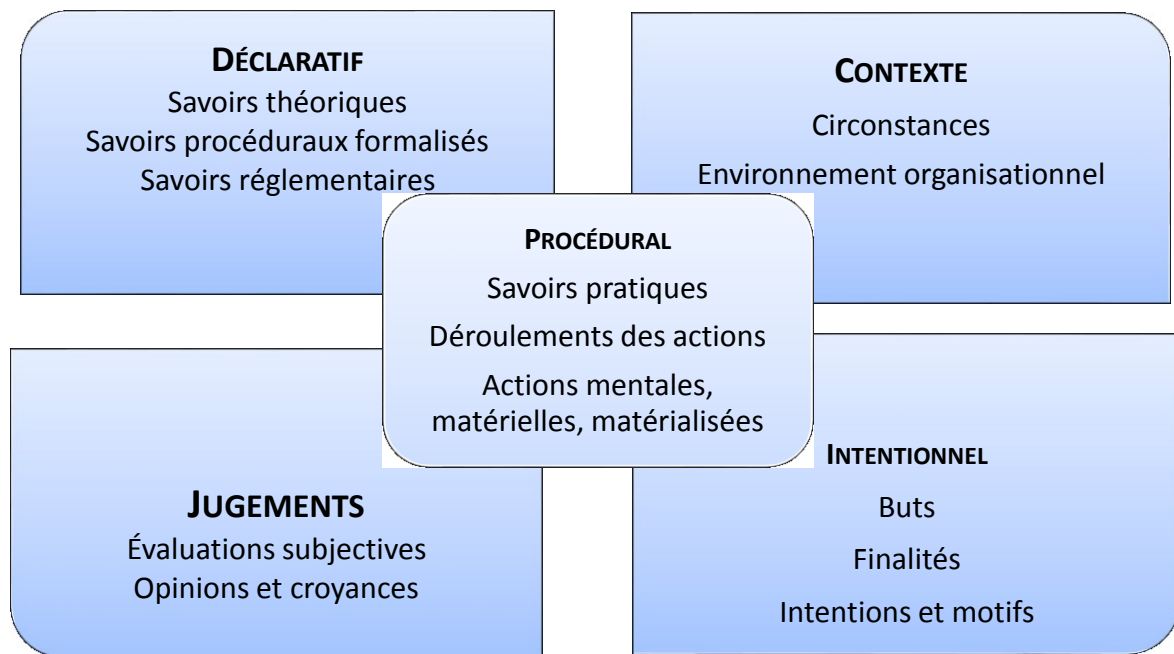
S'il est un phénomène difficile à appréhender dans sa globalité et sa complexité, c'est bien l'activité de travail. Précédemment, nous avons fait état des prémisses sur lesquelles s'appuient nos choix méthodologiques. Il en ressort que l'activité de travail doit être étudiée dans son effectivité, sa quotidienneté. Comme nous l'avons montré, l'activité de travail ne peut être totalement comprise par la seule observation parce qu'elle est un objet comportant une facette « publique » observable et une facette « privée » non observable (Vermersch, 2004, p. 36). Enfin, il nous apparaît indispensable de trianguler plusieurs points de vue sur l'activité de travail pour saisir cette dernière dans sa complexité et sa profondeur à partir du point de vue subjectif des acteurs (Vermersch, 2009a).

Même si l'usage d'un outil standardisé par un professionnel implique certaines actions, cette activité est avant tout cognitive et, par nature, invisible. Tenant compte du caractère en partie tacite ou incorporé d'une activité de travail, qui repose sur des connaissances que l'acteur ne peut spontanément mettre à jour, notre méthodologie d'entretien devait nous permettre de « faire dire » leur travail aux praticiens. Pour ce faire, deux options s'offraient à nous. Dans un premier cas, nous pouvions demander à notre interlocutrice de commenter et de décrire *in situ* l'activité en train de s'accomplir. Toutefois, cette stratégie soulève des enjeux éthiques et d'opérationnalisation lorsque, par exemple, une intervenante sociale devrait décrire en même temps qu'elle la réalise une évaluation en train de se faire à un observateur-chercheur en présence d'un usager dont la condition est évaluée. L'autre solution, celle que nous avons adoptée, consiste à faire verbaliser l'action a posteriori une fois qu'elle a été effectivement réalisée. Ceci implique de se référer spécifiquement à une intervention réelle et vécue par notre interlocutrice, lors de l'entretien. Cette stratégie comporte aussi sa part d'écueils, notamment la possibilité que la verbalisation de l'action décrive une procédure générale d'action (par exemple, lorsque l'interlocutrice dit: « D'habitude, je fais ceci... »), au lieu de relater ce qui a effectivement été fait dans cette situation. Notre conduite de l'entretien nous a permis de pallier cette possible difficulté en amenant l'interlocutrice vers la mémoire concrète de l'action (Vermersch, 2009a).

Nous avons répertorié un certain nombre d'approches (Rix, 2002; Rix et Lièvre, 2005) qui concordent avec une verbalisation a posteriori de l'activité; citons l'autoconfrontation (Theureau, 1992), l'autoconfrontation croisée (Clot et Faïta, 2000; Faïta et Vieira, 2003), l'entretien en re-situ subjectif (Lièvre et Rix-Lièvre, 2009; Rix et Biache, 2004 ) et l'entretien d'explicitation (Vermersch, 1991; 2004; 2006; 2007a; 2007b; 2009a; 2009b). En ce qui

concerne les trois premières approches, l'activité à l'étude est d'abord captée sur vidéo puis commentée par l'interlocutrice. Dans le cas de l'entretien d'explicitation, c'est ce que les cognitivistes appellent la mémoire concrète de l'interlocutrice, accessible par le discours, qui fait que ce dernier garde en lui la trace mnésique de l'activité (Rix et Biache, 2004). Dans la figure II qui apparaît ci-dessous, Vermersch présente les différents types d'informations accessibles par la verbalisation de l'activité.

**FIGURE II : DIMENSIONS DE LA VERBALISATION DE L'ACTIVITE**



Mise en forme adaptée d'une figure proposée par Vermersch (2006, p. 34)

La proposition de Vermersch appelle à focaliser l'entretien sur le procédural de l'action, (au centre de la représentation schématique précédente), ce qui permet de se rapprocher du faire via l'accès à la mémoire concrète. En effet, nous verrons plus loin que la narration du procédural se situe au cœur de la méthode d'entretien d'explicitation, alors que les autres composantes du discours ont le statut d'informations satellites. Dans la logique de nos entretiens, ces informations satellites sont :

- 1) des informations en rapport avec le contexte de l'intervention ;
- 2) des savoirs déclaratifs, relatifs aux connaissances théoriques, aux connaissances expérientielles et aux prescriptions du travail (notamment les standards);
- 3) la dimension intentionnelle, relative à la finalité visée par l'action. Notons que, pour une part, il peut exister un décalage involontaire entre l'intention conscientisée et l'intention réellement manifestée (Vermersch, 2006), ce qui constitue pour nous une importante source d'informations;
- 4) des jugements et des opinions de l'interlocutrice sur son activité, notamment sur les moyens utilisés pour réaliser les intentions.

Dans notre cadre théorique, nous avons montré que le rapport à la standardisation des IS ne peut se comprendre que par l'intermédiaire de leur usage des outils standardisés dans le contexte d'utilisation qui leur est propre. En ce sens, il s'avérait pertinent de ne pas se limiter à la description du procédural et d'accéder à ces informations satellites. Or, comme nous le verrons ultérieurement, nous ne pouvons pas avoir accès simultanément à l'ensemble des dimensions du discours, sinon au risque de nous éloigner du faire. Cette contrainte nous a amenés à concevoir des entretiens sur l'activité scindés en deux phases : une première phase portant sur la description du procédural de l'action, une deuxième phase permettant d'accéder aux informations satellites.

### *3.3.4.1 Première phase des entretiens sur l'activité : le procédural de l'action*

La première phase a été élaborée en appui sur les travaux de Vermersch (2006), un psychologue et psychoéducateur de formation. L'approche qui a été mise au point par Vermersch se fonde sur la phénoménologie de Husserl, sur une adaptation des travaux de Piaget sur la connaissance et sur des techniques d'entretien inspirées des approches non directives de Rogers. Sommairement, selon l'approche de l'entretien d'explicitation, il est possible de faire décrire finement le procédural d'actions passées en conduisant notre interlocutrice à revivre l'activité qu'elle a réalisée au moment où elle la raconte au chercheur, ce que Vermersch appelle le vécu de l'action effective. En accord avec les travaux de Piaget, cette démarche s'appuie sur le statut octroyé à l'action, considérée comme une connaissance autonome : l'action « existe, [elle] fonctionne [, elle] vise des buts et les atteint, sans nécessairement passer par une conceptualisation » (Vermersch, 2006, p. 73). Pour accéder au vécu de l'action effective, nous devons guider notre interlocutrice vers ce que Vermersch nomme une position de parole incarnée en utilisant certaines techniques de conduite d'entretien, présentées en détail dans les travaux de Vermersch (2006).

Afin de sélectionner les outils standardisés que nous considérons pertinent d'examiner lors de la première phase d'entretiens sur l'activité, nous avons utilisé les informations récoltées lors de la collecte documentaire, de l'observation de la pratique et de l'entretien semi-directif. Cette étape de sélection des outils standardisés devait être effectuée en tenant compte des trois critères suivants :

- 1) leur centralité dans la pratique des intervenantes sociales ;
- 2) leur inscription dans une stratégie d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie ;

### 3) leur observabilité.

Pour des raisons de commodité, nous avons prévu focaliser notre regard sur un maximum de deux outils standardisés, ce qui est conforme aux principes d'une stratégie d'échantillonnage théorique. Cette focalisation sur un nombre restreint d'outils standardisés devait nous permettre d'appréhender avec plus de profondeur la relation entre leur contexte d'usage et leurs usages effectifs par les intervenantes sociales en situation de travail. En outre, les outils standardisés sélectionnés devaient nous permettre de dégager des constats transversaux aux divers terrains. Comme nous l'avions prévu, l'observation directe de la pratique a constitué une étape charnière dans l'identification des formes de standardisation les plus prégnantes dans les CSSS à l'étude. L'observation directe nous a permis de relever plusieurs formes de standardisation qui ne correspondaient pas à notre conception initiale des outils standardisés, de même qu'un seul outil standardisé. Ce dernier, l'OEMC, a été retenu en raison de son omniprésence dans l'activité des IS et parce que son emploi présente des disparités importantes entre les deux CSSS<sup>52</sup>. Bref, ce choix répondait pleinement aux critères que nous avons prédéterminés. En outre, comme nous le montrerons, l'usage de l'OEMC s'inscrit dans un continuum d'activités d'intervention tant en amont qu'en aval de sa fonction d'évaluation.

En accord avec les règles générales de conduite d'entretiens d'explicitation, nous avons demandé à nos interlocutrices de nous raconter en détail le procédural d'une activité consistant à remplir un OEMC dans le contexte d'une situation clinique particulière. L'intervention narrée devait être

---

<sup>52</sup> Le lecteur peut se référer à l'Annexe III et à l'Annexe IV pour une compréhension détaillée de la procédure que nous avons suivie. Nous avons prévu d'enregistrer les entretiens d'explicitation (E2) sur un support vidéo. Cependant, nous avons rapidement constaté que la vidéo n'apportait pas de plus-value à l'enregistrement audio de cet entretien. Nous avons prévu d'utiliser la vidéo avant d'avoir sélectionné les outils standardisés sur lesquels porteraient nos entretiens d'explicitation. Or, l'outil que nous avons finalement retenu est le même pour toutes les IS, et la réalisation de l'entretien impliquait peu d'interaction de l'IS avec son environnement, interactions qui nous intéressaient et que la vidéo aurait captées. Seuls quatre entretiens sur huit ont été captés sur support vidéo. Tous les fichiers ont été détruits après la retranscription des entrevues.



récente, plus précisément s'être idéalement déroulée au plus une semaine avant l'entretien. Cette situation clinique devait porter sur le processus d'évaluation d'un usager dans le cadre d'un changement de milieu de vie vers une ressource d'hébergement de type institutionnel. Rappelons que l'accès à ce type de ressources d'hébergement est formalisé par de nombreuses règles pour lesquelles l'espace de négociation des IS est variable et contextualisé. L'entretien couvrait l'ensemble du processus d'évaluation accompagnant le remplissage d'un OEMC en débutant par l'événement clinique déclencheur d'une dégradation de l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur jusqu'à la présentation et la négociation de la demande d'hébergement auprès des mécanismes locaux qui en régulent l'accès. Nous avons suivi la même démarche pour les huit entretiens. Pour nous rapprocher au plus près de l'activité dans son contexte, la narration de l'usage de l'OEMC devait aussi inclure la description des interactions de notre interlocutrice avec d'autres acteurs (praticiens, usagers ou proches-aidants) qui ont été sollicités pour mener à bon port le remplissage de l'OEMC. Après avoir réalisé les entretiens d'explication, nous en avons effectué une première analyse dans le but d'alimenter l'élaboration de la grille d'entretien que nous avons utilisée par la suite lors de la seconde phase d'entretien, qui visait à accéder aux autres dimensions du discours, soit celles que Vermersch qualifie d'informations satellites.

#### *3.3.4.2 Deuxième phase des entretiens sur l'activité : les informations satellites de l'action*

Le canevas général de ces entretiens s'inspire des approches d'entretien en autoconfrontation (Clot et Faïta, 2000)<sup>53</sup>. Ces entretiens avaient pour but de faire émerger l'argumentaire explicatif

---

<sup>53</sup> Dans une large mesure, les approches d'autoconfrontation et d'autoconfrontation croisée ont été conçues comme des outils de soutien à l'apprentissage ayant une « visée de transformation des situations de travail » (Clot et Faïta, 2000, p. 7). Nous en avons fait une utilisation plus restreinte, qui visait essentiellement à comprendre l'usage. Toutefois, la narration de leur activité de travail a pu nourrir la réflexion de nos interlocutrices.

et justificatif de notre interlocutrice relativement à son usage de l'OEMC, ainsi que l'adaptation et le jeu auquel s'est prêté cet interlocutrice pour effectuer son activité en contexte.

Afin de préparer la deuxième phase d'entretien sur l'activité, nous avons visionné et analysé les entretiens d'explication. Nous avons notamment retracé les écarts par rapport aux usages prévus de l'OEMC et des autres standards qui pouvaient y être rattachés. Nous avons également examiné l'usage spécifique de l'OEMC dans la situation clinique narrée et les éléments relatifs au contexte organisationnel du CSSS en question. Ce travail d'analyse nous a permis de rédiger le guide d'entretien dont nous nous sommes servi pour conduire la deuxième phase d'entretien sur l'activité. Nous avons opté pour l'utilisation de courts extraits de l'entretien d'explication qui ont été lus à la participante lors du dernier entretien. Ainsi, les grilles d'entretiens que nous avons élaborées pour ce dernier entretien (E3) étaient spécifiques à chacune des intervenantes sociales (voir un exemple à l'annexe V). Dans la logique des entretiens de confrontation, nous citons notamment des extraits des premiers entretiens (E1 et E2) pour lesquels nous avons besoin de comprendre avec plus de profondeur les propos des IS ou pour nous permettre de confirmer nos hypothèses auprès des acteurs.

Ces entretiens, d'une durée moyenne de 61 minutes (51-72 minutes), comptaient aussi un certain nombre de thématiques transversales que nous n'avions pas appréhendées au départ:

1. les stratégies mises en œuvre par les IS pour jouer avec les règles existantes ou négocier avec des acteurs détenteurs de pouvoir;
2. les interactions des IS avec un mécanisme extérieur de prise de décision;
3. les liens entre les représentations des IS de la situation des usagers et la traduction de ces situations par l'intermédiaire des outils standardisés;

4. la légitimation de l'action des IS auprès des autres acteurs avec lesquels elles doivent travailler;
5. la planification et la priorisation des activités administratives et cliniques.

Voici en résumé l'ensemble des collectes de données que nous avons effectué :

RÉSUMÉ DES COLLECTES DE DONNÉES		
Collecte I : Collecte documentaire		
Collecte II : Observation <i>in situ</i> de l'activité des intervenantes sociales		
Collecte III : Entretiens semi-directifs sur le sens de la standardisation		(E1)
Collecte IV : Entretiens sur l'activité de travail	Le procédural de l'action	(E2)
	Les informations satellites de l'action	(E3)

### 3.4 Stratégies d'analyse

Maintenant que nous avons expliqué les diverses collectes de données que nous avons réalisées, nous pouvons présenter les étapes successives de mise en forme, de réduction et d'analyse des données que nous avons effectuées. Dans un premier temps, nous expliquerons les procédures générales de traitement et de mise en forme des données que nous avons utilisées. En second lieu, nous résumerons les diverses procédures d'analyse successives auxquelles nous avons procédé afin de répondre à nos objectifs de recherche.

#### 3.4.1 Traitement des données préalable à l'analyse

Tous les entretiens de recherche que nous avons effectués ont été enregistrés sur un support numérique. Les fichiers ont été dénominalisés et retranscrits sous forme de textes verbatim par un professionnel de recherche. Après avoir validé la précision et la qualité des retranscriptions, nous avons standardisé les formats des fichiers avant de les agréger dans le logiciel de soutien à l'analyse N\*Vivo 8. Les retranscriptions des entretiens ont été enrichies par des annotations qui pouvaient être des informations sur le déroulement tirées du compte rendu rédigé après chacun

des entretiens ou des réflexions théoriques émergentes. Lors de l'étape d'analyse, ces annotations nous ont permis de resituer la parole des acteurs dans le contexte du déroulement de l'entretien et, par conséquent, de redonner à l'entretien son épaisseur contextuelle et son indexicalité (Coulon, 1987).

Les données que nous avons recueillies lors de nos différentes collectes de données ont été progressivement condensées et codées (Huberman et Miles, 1991) dans le logiciel N\*Vivo 8. Pour ce faire, nous avons utilisé une stratégie de codage mixte (Paillé et Mucchielli, 2008) qui intègre un mouvement de déduction, qui s'appuie sur notre corpus théorique, et un mouvement d'induction, lequel est fondé sur une activité de conceptualisation émergente de nos matériaux empiriques. Ainsi, notre stratégie de codage combine des catégories préconstruites découlant de nos cadres conceptuels et des catégories émergentes inférées de nos matériaux empiriques. Nous avons élaboré un arbre de codage initial, dont nous avons constamment révisé la structure afin d'intégrer les catégories qui émergeaient progressivement de la lecture de nos matériaux empiriques. Nous avons tenu un journal retraçant chronologiquement l'évolution de notre arbre de codage et la justification des modifications que nous lui apportions. On retrouve la version finale de notre arbre de codage à l'annexe VI. En parallèle au codage des entretiens proprement dit, nous avons rédigé de multiples annotations théoriques qui ont contribué à soutenir notre démarche d'analyse subséquente.

### ***3.4.2. Fiabilité et validité du codage***

La fiabilité d'un codage consiste à s'assurer que les règles de codification soient stables durant tout le processus du codage de sorte qu'un même extrait devrait être codé de la même façon, peu importe le moment où il a été codé (Landry, 1998). La reproductibilité et la stabilité du codage peuvent être assurées au moyen de diverses stratégies de validation. L'une de ces stratégies, le

codage multiple (Huberman et Miles, 2003), implique que deux codeurs obtiennent des résultats identiques pour la majorité des extraits codés, ce qui correspond à la fiabilité inter-juges (Huberman et Miles, 2003). Certains auteurs recommandent l'atteinte d'un seuil minimum de fiabilité inter-juges.<sup>54</sup> Dans le cadre de nos travaux, nous avons préconisé l'emploi d'une stratégie avec un codeur unique pour des raisons de faisabilité. Cette stratégie consiste à effectuer deux séquences de codage successives des mêmes entretiens. Cette façon de procéder permet d'assurer la stabilité et la fiabilité de notre codage. Bien que nous n'ayons pas utilisé cette stratégie systématiquement, nous avons documenté l'évolution de notre travail dans un journal de codage. Par exemple, quand une de nos catégories de codage était modifiée ou scindée en sous-catégories, nous nous sommes assuré de recoder les entretiens préalablement codés.

Lors de la collecte et de l'analyse des données, nous avons mis en œuvre diverses procédures visant à soutenir la scientificité de notre démarche. Tel que préconisé pour les études de cas, nous avons réalisé plusieurs collectes de données (Yin, 2009), lesquelles nous ont permis d'effectuer une triangulation à la fois des méthodes et des sources de données. Nous avons appliqué un processus de comparaison constante entre les diverses données collectées à l'intérieur d'un même CSSS ainsi qu'entre les deux CSSS à l'étude. Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous avons organisé le déploiement temporel de nos collectes de données en maintenant un équilibre entre une posture d'observation favorisant la proximité du chercheur et une posture d'observation favorisant une distance du chercheur. La première, soutenue notre imprégnation sur le terrain, nous a permis d'accéder à une compréhension nuancée de l'activité des IS en contexte, et la deuxième, que nous avons mises en œuvre en introduisant des variations intrasites et intersites

---

<sup>54</sup> Par exemple, Huberman et Miles préconisent un seuil de 90 %, une fois que les étapes de rodage préliminaires ont été complétées.

dans l'arrimage de nos collecte de données, nous a permis de constamment remettre en cause la validité de nos réflexions. Dans la perspective intrasite, nous avons intercalé notre premier entretien dans l'un CSSS entre la deuxième et la troisième journée d'observation des activités. Ainsi, nos observations nous ont permis d'ajuster nos grilles d'entretiens à la réalité de l'activité en contexte tout en validant la pertinence de nos pistes de réflexions émergentes. Sur un autre plan, nous avons croisé nos observations avec nos entretiens d'explicitation. Ceci nous a permis de mettre au jour le procédural de l'activité des IS relativement à certains aspects très ciblés de cette activité en contexte, par exemple lors de visites à domicile auprès d'usagers.

### **3.5. Considérations éthiques**

Toute démarche qui nécessite de recourir à des sujets de recherche doit respecter trois principes éthiques fondamentaux, soit le consentement libre et éclairé des personnes, le respect de leur dignité et le respect de leur vie privée et de la confidentialité (Martineau, 2007). En accord avec ces principes, notre démarche de recherche a été encadrée par un protocole éthique qui a été approuvé par le comité éthique du Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke. Nous nous sommes également assuré d'obtenir l'engagement préalable des directeurs généraux des deux CSSS ayant accepté de participer à l'étude et les autorisations de leur comité éthique respectif.

Comme notre devis de recherche prévoyait des entrevues uniquement avec des intervenantes sociales, ceux-ci étaient les seules personnes directement concernées par ce protocole. En accord avec les balises proposées par Patton (2002), notre formulaire d'information et de consentement (Annexe VII) précise, entre autres, les buts de l'étude, les modalités d'utilisation et de diffusion

de l'information, les règles régissant la confidentialité, les risques et inconvénients pouvant résulter de la participation à cette étude, les conditions de retrait des participants à l'étude et, enfin, les règles de réciprocité.<sup>55</sup>

Certains enjeux éthiques méritent d'être mentionnés parce qu'ils découlent indirectement de l'observation *in situ* de l'activité. Ainsi, notre présence auprès d'une IS de manière continue sur un site d'observation donné pouvait nous amener à être exposé à des informations de nature confidentielle qui ne concernent aucunement la recherche. Le cas échéant, nous nous en sommes tenus à la confidentialité et l'intervenante pouvait à tout moment nous demander de nous retirer. En outre, aucune note n'a été prise sur les personnes non visées par l'étude.

Par ailleurs, ces activités d'observation impliquaient que nous puissions être indirectement en contact avec des usagers ou de proches-aidants recevant des services des intervenantes sociales au moment où nous observions leur travail, par exemple, lors de visites à domicile. Dans chaque situation, nous nous sommes assuré que les personnes en question consentaient à notre présence sur les lieux. Dans le cas contraire, nous nous sommes retiré afin que l'intervenante sociale puisse poursuivre son travail en accord avec la volonté de l'utilisateur ou de ses proches-aidants.

---

<sup>55</sup> Par réciprocité, nous entendons ce que chacune des parties peut gagner de sa participation à l'étude.

## 4.0 RÉSULTATS

La démarche d'exposition de nos résultats suit un plan général constitué de quatre grandes parties. Dans un premier temps, nous contextualisons l'activité professionnelle des IS dans chacun des deux CSSS à l'étude. Pour ce faire, nous avons retracé les orientations générales des prescriptions ministérielles relatives à la mise en œuvre de l'intégration des services et à la standardisation telles qu'elles se traduisent localement dans chacun de ces deux CSSS. Cette première étape nous conduit dans un deuxième temps à décrire le rapport des IS à l'usage des outils standardisés en examinant successivement différentes formes d'outil standardisés rencontrés dans leur activité en contexte de RSIPA. Dans un troisième temps, nous nous intéressons à l'effet sur l'activité des IS de certaines composantes contextuelles, qui peuvent être internes ou externes aux CSSS et qui possèdent la capacité d'influer significativement sur le cours de l'activité des IS, engendrant ainsi potentiellement certaines formes de standardisation. Nous analyserons l'effet de ces composantes, que nous qualifions de déterminants structureaux, sur l'activité des IS et le rapport de ces mêmes IS aux outils standardisés.

En appui sur la typologie des formes de standardisation que nous avons retenue dans notre problématique (Timmermans et Berg, 2003 ; Mintzberg, 1982), soit les standards de conception, les standards terminologiques, les standards de performance, les standards procéduraux, les standards de qualification et les normes, nous débutons une démarche de conceptualisation du rapport des IS à la standardisation en nous appuyant sur les deux cadres théoriques que nous avons présentés, à savoir la théorie de la régulation sociale de Reynaud (1989) et la sociologie des usages de la technique par l'entremise de la composition technique de Nélisse (1998). Dans



un quatrième temps, en guise de chapitre conclusif, nous poursuivons notre démarche analytique en proposant une synthèse de nos résultats empiriques qui prolongera la réflexion théorique entamée précédemment et nous permettra de revenir sur nos objectifs de recherche.

Notre étude s'appuie sur une collecte de données effectuée auprès d'un nombre réduit de participants. Toutefois, nous considérons que l'ensemble des collectes de données que nous avons réalisé ainsi que les moyens que nous avons mis en œuvre lors de cette collecte et de la condensation des données qui a succédé à ces collectes contribuent à soutenir la validité de nos résultats. Comme nous l'avons expliqué, le codage de nos données brutes, qui inclut les transcriptions des trois entretiens (E1-E2 et E3) et des notes d'observation (OBS), a pris la forme d'une démarche itérative, en partie déductive en parce qu'elle s'appuyait sur des catégories préconstruites, en partie inductive puisque nous avons ajouté et modifié plusieurs composantes de notre arbre de codification en cours de codage. La version finale de notre arbre de codification est ainsi constituée d'un nombre important de composantes (voir annexe VI). Il en résulte que l'étape de codage a nécessité une charge de travail très importante, qui s'est répercutée sur le temps que nous avons dû consacrer à la condensation des données. Toutefois, malgré son caractère fastidieux, la condensation des données nous a permis d'opérer un processus de comparaison constante qui soutient la validité de notre démarche scientifique, particulièrement en ce qui a trait à la validité interne de nos analyses.

La démarche d'exposition et d'interprétation des résultats que nous avons adoptée s'inscrit dans cette même logique. Les extraits de verbatim que nous avons retenus et que nous présentons dans les pages suivantes ont été sélectionnés à la suite de notre travail de réduction et d'analyse des

données. Les extraits visent davantage à illustrer notre réflexion qu'à prouver la validité de nos constats en appui sur une logique de quantification des matériaux empiriques. Lorsque des nuances importantes, voire des constats contradictoires se présentaient à nous entre les points de vue exprimés par les IS d'un même CSSS, entre les IS des deux CSSS ou entre nos entretiens et nos observations, nous nous sommes assuré de les relever et de les souligner.

Le regard que nous avons porté sur les CSSS à l'étude s'est construit à partir des points de vue exprimés par les IS que nous avons recrutées et que nous avons croisés avec nos observations et notre analyse documentaire. Dans les sections suivantes, nous utiliserons l'acronyme CSSS pour désigner nos deux terrains de collecte. Cet acronyme renvoie plus précisément au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) des CSSS à l'étude. Dans le même sens, même s'ils font bien partie des CSSS, nous n'avons pas considéré l'existence des autres programmes du CSSS dans notre analyse, à moins qu'ils n'aient été mentionnés par les IS elles-mêmes. En outre, la structure hiérarchique des CSSS à l'étude et des acteurs au sein de cette structure, que nous présentons dans nos résultats, est parfois tronquée car elle s'appuie sur les représentations des IS. Ceci peut parfois engendrer une certaine distorsion dans la manière de concevoir et de présenter les acteurs de la ligne hiérarchique des CSSS, d'autant plus que ces représentations tendent à devenir plus floues lorsque les acteurs mentionnés sont éloignés de l'activité clinique des IS. Nous soutenons que ces simplifications conceptuelles sont congruentes avec le point de vue que nous avons adopté, soit celui des IS relativement à la standardisation et à leurs usages des outils standardisés.

Notre centration sur le point de vue des IS a influencé notre stratégie d'écriture. Par exemple, quand nous expliquons que la direction du CSSS a décidé de prendre une orientation particulière,

il nous importe moins d'identifier nommément les acteurs ayant pris cette décision que de comprendre de quelle manière cette décision et les directives qui en découlent sont perçues par les IS puisque nous nous intéressons à la légitimité et au sens que les IS attribuent à ces directives et à l'usage qu'elles en feront dans leur activité.

#### **4.1 Contextualisation de l'activité des IS : prescriptions générales et contextes organisationnels singuliers**

Notre démarche de contextualisation de l'activité des IS relativement à leur usage des outils standardisés s'articule autour de trois étapes distinctes. Dans un premier temps, nous présenterons sommairement les composantes conceptuelles du modèle d'intégration de services, qui constitue en principe le fondement du mouvement d'intégration de services à l'œuvre dans les deux CSSS à l'étude. Dans un deuxième temps, nous procéderons à l'analyse des traces du prescrit relatif à l'intégration de services et à la standardisation telles qu'on les retrouve dans les publications des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et dans les publications des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour les deux CSSS à l'étude, et ce, pour la fenêtre chronologique 2004-2012. Dans un troisième temps, nous ferons une présentation sommaire des structures organisationnelles de ces deux CSSS et du sens général des changements qui animent ces organisations au regard de ces prescriptions entre 2004 et 2012. Les constats généraux qui se dégagent de l'ensemble de cette démarche de contextualisation nous permettront par la suite de mieux comprendre les contextes d'usage des outils tels qu'on les retrouve dans les discours et les pratiques des IS.

#### **4.1.1 Le modèle PRISMA et ses composantes**

Plusieurs projets pilotes ont donné lieu à des modèles d'intégration, dont le *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* aux États-Unis (PACE) (Kane, Illston et Miller, 1992), le *Système de services intégrés pour personnes âgées fragiles* (SIPA) à Montréal au Québec (Béland et al., 2006) ou encore le *Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie* (PRISMA), qui a été développé en Estrie au Québec (Hébert et Tourigny, 2007). Ce dernier modèle constitue l'une des principales sources d'inspiration des orientations ministérielles du MSSS qui fondèrent la réforme de 2004. Cette réforme a engendrée la création des CSSS à l'étude. Cependant, ces deux établissements se distinguent l'un de l'autre par le degré d'avancement de la mise en œuvre de cette réforme, le CSSS A en étant encore au début de l'implantation et le CSSS B se caractérisant par une implantation antérieure aux réformes de 2004 et par un usage routinisé des composantes du modèle.

Selon ses concepteurs, le modèle PRISMA comporte six composantes, soit trois mécanismes et trois outils (Hébert et Tourigny, 2007). Nous présenterons sommairement ces composantes afin de donner sens à l'exposé des contextes de mise en œuvre qui sera fait sous peu. Le premier mécanisme, la coordination inter-établissement (Hébert, 2004), s'applique tant aux niveaux local (plan tactique) et clinique (plan opérationnel).

Le deuxième mécanisme est le dispositif de *gestion de cas*. Le gestionnaire de cas est :

un agent de coordination inter-établissement, interprofessionnel et inter-systémique qui a le mandat de mettre en œuvre les mécanismes et les outils de la coordination liant les services offerts par les différents intervenants des divers établissements, et ce, dans le but de favoriser le maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie (Gagnon et Couturier, 2007, p. 157).

Pour ce faire, il a pour responsabilité de :

procéder à une évaluation exhaustive des besoins de la personne, de planifier les services requis, de faire les démarches pour l'admission à ces services, d'organiser et de coordonner le soutien, d'animer l'équipe multidisciplinaire des intervenants impliqués dans le dossier ainsi que d'assurer le suivi et les réévaluations de la personne (Hébert, 2004, p. 16).

En outre, le gestionnaire de cas se situe à l'interface entre le système-client, à savoir l'utilisateur, ses aidants, ses proches et sa communauté, et le système d'intervention, soit l'ensemble des ressources professionnelles et institutionnelles à mobiliser pour atteindre les objectifs cliniques (Kodner et Kyriacou, 2000). Cette position d'interface amène le gestionnaire de cas à défendre les intérêts des usagers face au vaste réseau sociosanitaire. En ce sens, Hébert qualifie le gestionnaire de cas de « véritable Casque bleu de l'intervention gérontologique » (2004, p. 16).

Les écrits associés au modèle PRISMA relèvent trois modèles de gestion de cas selon la nature du rôle du gestionnaire de cas. Dans le premier modèle, le modèle unique, « le rôle du gestionnaire de cas se limite à des tâches de courtage et de coordination de services [en excluant] les tâches cliniques relatives au champ disciplinaire de l'intervenant » (Hébert et Tourigny, 2007, p. 8). Dans le deuxième modèle, le modèle mixte, le nombre total de dossiers de personnes âgées sous la supervision d'un intervenant recouvre des personnes qui ne sont pas en gestion de cas dont les besoins sont moindres et des personnes en gestion de cas. Ce n'est qu'avec ce dernier groupe de personnes que le gestionnaire de cas exerce des tâches de courtage et de coordination de services (Hébert et Tourigny, 2007). Dans le troisième modèle, le modèle hybride, « un rôle mineur au plan clinique dans son champ d'appartenance » est ajouté (Hébert et Tourigny, 2007, p. 8) aux tâches de courtage et de coordination du gestionnaire de cas.

Le troisième et dernier mécanisme, la porte d'entrée unique (Hébert, 2004), est un service d'accueil ayant un rôle d'accès et d'orientation à l'ensemble des services sociosanitaires publics ou communautaires dispensés dans un territoire donné pour une clientèle ciblée, soit dans notre cas les personnes âgées fragiles montrant des besoins complexes. Les personnes sont évaluées sommairement pour estimer leurs besoins et le niveau de risque associé à leur situation actuelle et, s'il y a lieu, pour les admettre en gestion de cas.

Le premier des trois outils est un outil unique d'évaluation (Hébert, 2004), le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Il a été développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps qui a été conçue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1980). Le SMAF comporte une échelle de 29 items couvrant les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les activités de la vie domestique (AVD). Chaque item du SMAF peut, selon des critères très précis, être coté sur une échelle allant de 0 à -3 en fonction du degré d'autonomie de la personne dans la réalisation de ces activités. Le SMAF permet également de collecter des informations relatives aux ressources matérielles et sociales qui sont mises en place pour compenser les incapacités de la personne (Dubuc, Hébert et Tousignant, 2004).

Le SMAF est jumelé à un système de classification des besoins. Le SMAF génère des profils types d'utilisation de ressources standardisés, les profils Iso-SMAF, qui sont établis à partir d'une technique d'analyse statistique de classification automatisée. Le SMAF est intégré à un outil plus vaste, l'OEMC, qui comprend une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne dans les sphères sanitaire et sociale (voir la version complète à l'annexe VIII). L'usage de l'OEMC et des profils Iso-SMAF qui y sont associés répond à la fois à des impératifs cliniques

de détermination des besoins et à des impératifs administratifs d'allocation de ressources, d'où l'appellation de système clinico-administratif qui lui est accolée (Dubuc, Delli-Colli, Bonin et Tousignant, 2007). Dans sa politique de soutien à domicile, le MSSS (2003) soutient l'adoption et l'utilisation généralisée de l'OEMC.

Le deuxième outil est un outil standardisé de planification des services appelé plan de services individualisé (PSI) (Hébert, 2004). Le contenu d'un PSI découle de l'évaluation des besoins effectuée à l'aide de l'OEMC et résume les services prescrits pour répondre à ces besoins, les acteurs qui devront répondre à ces besoins et les objectifs en lien avec les interventions de chacun de ces acteurs. La notion de PSI est apparue au Québec dès 1978 avec la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* et a été réintroduite dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1991<sup>56</sup>. Toutefois, l'implantation des PSI s'est butée à des résistances importantes de la part des professionnels. À l'échelle du Québec, le PSI constitue la composante du modèle d'intégration dont la mise en œuvre est la moins avancée (MSSS, 2010). En outre, même lorsqu'il est utilisé, son usage demeure davantage perçu par les IS comme une obligation découlant de directives administratives que comme un outil cliniquement significatif (Fleury, Grenier et Ouadahi, 2007; Somme, 2008).

---

<sup>56</sup> L'utilisation de plans d'intervention et de plans d'intervention individualisés est régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et fait l'objet de deux articles de loi spécifiques : (Article 102) « Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services devront être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement. » (Article 103) « Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé. » (ANQ, 1991)

Le troisième outil est un système d'information continu (SIC), dans lequel on retrouve un dossier clinique informatisé (DCI). Cet instrument « permet à tous les intervenants d'avoir accès rapidement à une information complète et continuellement mise à jour et d'informer les autres intervenants de l'évolution de la personne et des modifications apportées au plan d'intervention » (Hébert, 2004, p. 19). À l'échelle du Québec, la mise en œuvre du SIC s'est concrétisée par le déploiement de « la solution informatique RSIPA » en 2010 par le MSSS. La Société de gestion informatique du Québec [SOGIQUE], maître d'œuvre de sa conception et de son implantation, présente la plateforme informatique RSIPA comme :

[une] solution qui met à la disposition des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux divers outils informatisés afin de soutenir le processus d'évaluation clinique de la personne âgée. Elle contribue ainsi à améliorer les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie par la disponibilité et la rapidité d'accès à des informations à jour et de qualité sur les usagers. Elle facilite la communication et la concertation entre les intervenants d'un même établissement impliqués dans les soins dispensés à l'utilisateur. Enfin, des rapports contenant des données de gestion soutiennent la planification globale des services à la clientèle des personnes âgées. (MSSS, 2014)

Le déploiement de la plateforme informatique RSIPA est qualifié « d'élément-clé de la stratégie de mise en place des réseaux de services intégrés » dans le document de présentation du RSIPA : *Informatisation des RSIPA. Réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Phase : Déploiement de la livraison 1* (MSSS, 2010, p. 8). Cette première phase d'implantation du RSIPA comportait plusieurs composantes, dont l'outil de repérage PRISMA 7, la version informatisée du formulaire de l'OEMC, le calcul des profils Iso-SMAF, les notes d'évolution informatisées et les diverses fonctions de gestion permettant de monitorer les activités cliniques réalisées et les profils des diverses clientèles prises en charge<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> Au moment de la rédaction finale de notre thèse à l'automne 2014, la composante PSI était en cours d'implantation.



Nous pouvons constater que l'acronyme RSIPA utilisé pour la plateforme informatique est le même que celui employé pour les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées. Or, ceci a engendré une certaine confusion qui a contribué à alimenter une représentation simpliste des acteurs quant à la nature de l'intégration des services en réduisant cette dernière à l'une de ses composantes, à savoir le système d'information continu. Ce constat a été clairement énoncé par Guillot dans son rapport intitulé *Réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Bilan régional de déploiement*: « Bien que le projet ait été annoncé comme un projet de nature clinique avec toutes ses composantes, le fait d'introduire le RSIPA avec un outil informatisé a biaisé la compréhension de certains acteurs » (2011, p. 8).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les balises conceptuelles du modèle PRISMA constituent l'une des principales sources d'inspiration des orientations ministérielles du MSSS relatives aux réseaux de services intégrés pour les personnes âgées, mais elles ne sont pas les seules qui ont accompagné ce mouvement de réforme, ce dernier comportant d'autres composantes opérationnelles, comme la création des CSSS, et des composantes principielles, telles que l'approche populationnelle, l'approche communautaire et le mouvement de reddition de comptes.

#### **4.2 Mise en contexte de l'activité des IS du point de vue du prescrit**

Le MSSS, les ASSS et les deux CSSS à l'étude correspondent respectivement aux paliers national, régional et local de gouvernance d'un seul système organisationnel. Bien que la standardisation constitue notre objet d'étude, les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées ont joué le rôle d'observatoire d'une certaine standardisation en action. En ce sens, notre

examen du prescrit se limite à ces deux thématiques en interrelation. Dans notre problématique, nous avons analysé le prescrit national produit par le MSSS et relatif à l'intégration des services et à la standardisation. Les documents publiés par les paliers de gouvernance régionaux que nous avons examinés sont des documents rendus publics par les ASSS depuis 2004. Nous avons principalement focalisé notre analyse du prescrit sur le palier de gouvernance local en examinant deux types de document. Les premiers sont des documents dont la finalité première est de rendre compte de l'activité du CSSS ou de présenter des balises générales d'action, comme les rapports annuels ou les plans stratégiques. Le deuxième type de documents que nous avons examiné est destiné à un usage interne aux CSSS et vise surtout à encadrer le travail des professionnels dans l'organisation. Nous parlons ici de formulaires, d'outils d'évaluation, de protocoles, de guides de pratique, de procéduriers, etc.

#### ***4.2.1 Prescrit relatif au CSSS A***

##### *4.2.1.1 Palier régional*

Parmi les documents publiés par l'ASSS A pendant la fenêtre temporelle 2004-2012, aucun n'utilise explicitement les notions d'intégration<sup>58</sup> ou de standardisation dans son intitulé. Toutefois, la notion d'intégration de services est présente de manière significative dans un premier ensemble de documents produit par l'ASSS A<sup>59</sup> en 2004-2005. Ces documents (ADRLSSSCA, 2004a et ADRLSSSCA 2004b) rattachent l'intégration aux notions de réseau

---

<sup>58</sup>Il en est de même des documents publiés par le MSSS pendant la même période, à l'exception du document intitulé: *Lignes directrices réseaux de services intégrés pour les personnes âgées* (MSSS, 2009). Or, ce document a été diffusé de manière très restreinte et n'est pas accessible au public mais il est cité en référence dans des documents récents de l'ASSS.

<sup>59</sup> Pendant la période 2004-2005, les ASSS ont porté une appellation transitoire qui mettait de l'avant leur rôle dans le développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux, et s'appelaient Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux.

local de santé et de services sociaux et de projet clinique. Dans le document intitulé *Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches : propositions* (ADRLSSSSCA, 2004b), la notion d'intégration est explicite et très présente; elle détermine les modalités de l'organisation des services qui, comme dans l'extrait suivant, doivent être basées :

sur une meilleure évaluation des besoins de la population, ce qui devrait faire émerger un souci collectif d'amélioration continue de la qualité, un contrôle constant des risques et une gestion efficace et efficiente de l'information clinique et administrative. [(changement de paragraphe dans le document)] Éviter le chevauchement de services, les goulots d'étranglement. Les ruptures et la fragmentation dans le continuum de service pour arriver à une meilleure performance clinique, financière et fonctionnelle représentent des objectifs incontournables pour chacun des établissements (ADRLSSSSCA, 2004b, p. 3).

Les quatre documents publiés par la suite en 2005 portent sur l'élaboration des projets cliniques et reprennent les principes et les orientations du MSSS proposés dans le document *Projet Clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal (MSSS, 2004c)*. Ce sont: *Projet clinique. Contexte général (2005a)*; *Projet clinique. Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Balises régionales (2005b)*; *Projet clinique. Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Sommaire (2005c)* et *Projet clinique. Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Grille de travail (2005d)*.

D'emblée, ces documents produits par l'ASSS A réitèrent l'argumentaire du projet clinique du MSSS en reprenant ses concepts clés, soit les notions de hiérarchisation des services et de responsabilité populationnelle, de même que le principe d'efficience en appui sur l'utilisation de résultats probants et l'identification des « meilleures pratiques » (ASSSDRLCA, 2005a, p. 4). Dans cette série de documents, l'ASSS A propose un certain nombre de balises régionales dont l'opérationnalisation est confiée à chacun des CSSS. Ces balises renvoient directement à des formes de standardisations procédurales, notamment une « standardisation de l'offre de services » (2005b, p. 1) et des « protocoles convenus et connus » (ADRLSSSSCA, 2005b, p. 9), au regard

de l'accès à la deuxième ligne à la troisième ligne. En ce qui a trait à l'opérationnalisation des projets cliniques PALV, l'ASSS A ne présente pas de modèle d'intégration explicite et unifié. En fait, la notion d'intégration est pratiquement absente des balises régionales du projet clinique PALV de 2005, qui présente une liste de propositions organisées de manière plutôt disparate et dont la justification de la pertinence est formulée comme suit: « différentes expériences menées à travers le Québec nous amènent à suggérer certaines caractéristiques qui nous apparaissent porteuses de succès et dont plusieurs ont été reprises par le Ministère dans ses orientations.» (ASSSDRLCA, 2005b, p. 4).

Parmi ces propositions, on retrouve plusieurs des composantes d'un réseau intégré de services, soit le guichet unique, l'OEMC, la gestion de cas, le PSI et des outils technologiques permettant l'échange et le partage d'informations (ASSSDRLCA, 2005c). En outre, le même document incite les CSSS à s'inspirer de mesures contenues dans le Plan régional de santé publique<sup>60</sup> pour concevoir leur nouveau modèle d'organisation de services. Bien que le mandat de l'opérationnalisation du projet clinique PALV soit délégué par l'agence aux CSSS de son territoire, ce même document (2005c) recommande que les impacts attendus en termes de continuité de services soient soumis à une reddition de compte.

Plus récemment, dans la présentation de son rapport annuel de gestion pour l'année 2010-2011, l'ASSS A promeut la notion d'intégration en la rattachant à la finalisation d'un « modèle de gestion intégrée de la responsabilité populationnelle qui prend assise sur la notion de réseau local de services (RLS) et s'appuie sur le développement d'une culture de qualité, d'optimisation et de performance » (ASSSCA, 2011, p. I). Dans le même document, l'ASSS se fixe pour objectif

---

<sup>60</sup> Il s'agit de mesures épidémiologiques de gestion de risques, par exemple la prévention des chutes.

d'améliorer les trois composantes du modèle d'intégration soit la gestion de cas, les PSI-PI et les systèmes de communication (p. 38). En outre, la notion d'optimisation figurant dans ce rapport annuel devient omniprésente dans le rapport annuel subséquent, celui de 2011-2012, dont la publication coïncide avec l'entrée en vigueur du projet de loi 127 intitulé *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux* (ANQ, 2011). Dans le même sens, on voit apparaître pour la première fois un indicateur du degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées avec des résultats respectifs de 43,96% mesuré à l'aide de l'outil OSIRSIPA<sup>61</sup> pour la région dans le rapport annuel de gestion 2010-2011 (ASSSCA, 2011) et de 54,87 % dans le rapport annuel de gestion 2011-2012 (ASSSCA, 2012).

Nous avons également examiné les publications produites par l'ASSS A afin de repérer et d'analyser les documents se consacrant explicitement à l'une des composantes des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées selon le modèle PRISMA. L'ASSS A n'a publié qu'un seul document de ce type, soit le *Plan de services intégrés. Cadre de référence* (ASSSCA, 2006). Ce document rappelle en introduction que l'usage du PSI constitue une obligation découlant de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ANQ, 1991) et le rattache à la création d'un continuum de services inhérents aux projets cliniques. Comme le laisse entendre l'extrait qui suit, le PSI est présenté comme un vecteur de standardisation terminologique et procédurale dans la trajectoire de soins des usagers :

Ce cadre de référence sur le PSI se veut un outil essentiel visant à harmoniser un langage commun et un processus qui permettra d'arriver à une vision partagée quant à la planification, la coordination, l'intégration et le suivi des services requis par un usager. Il vient préciser un processus clinique qui permettra de répondre en partenariat, avec continuité et qualité, aux besoins d'un usager, peu importe le programme services dans

---

<sup>61</sup> La grille OSIRSIPA (MSSS, 2007) permet de calculer le niveau de mise en œuvre des RSIPA à partir du degré de mise en œuvre de chacune des composantes du modèle PRISMA.

lequel il se trouve, peu importe le niveau et la nature des interventions qu'il requiert et le dispensateur de services impliqué (ASSSCA, 2006, p. 1, nous soulignons)

Toutefois, comme le montre le rapport annuel de l'agence 2010-2011, l'usage du PSI demeure un objectif à atteindre, conditionnel à l'implantation de la gestion de cas. En 2005, l'ASSS s'était fixé l'objectif d'utiliser le PSI auprès de 50 % de la clientèle PALV pour l'année 2007 (ASSSCA, 2005c). Nous verrons plus loin que l'usage actuel du PSI par les IS se situe encore bien loin de cette cible.

En conclusion, l'analyse chronologique des documents produits par l'ASSS A pendant la période 2004-2012 montre que les représentations d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées et de ses composantes évoluent selon deux tendances. On constate tout d'abord que la mention explicite de la notion d'intégration tend à diminuer progressivement dans les documents publiés. En outre, ces documents se montrent peu explicites quant à l'opérationnalisation des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Le caractère intégré et interdépendant des diverses composantes ne semble pas fortement problématisé dans les textes analysés. On note ensuite que la notion d'intégration devient de plus en plus intrinsèquement liée aux notions de performance et d'optimisation. Au regard d'une finalité plus globalisante, ces deux tendances traduisent une faiblesse des prescriptions explicites et opératoires relatives aux composantes des RSIPA au détriment d'un renforcement des prescriptions managériales en rapport avec les cibles à atteindre. En d'autres termes, ces prescriptions semblent traduire un faible mouvement de standardisation procédurale au profit d'un mouvement de standardisation des résultats de plus en plus présent et explicite.

#### *4.2.1.2 Palier local*

Notre analyse documentaire des rapports annuels de gestion produits par le CSSS A de 2004 à 2012 nous révèle très peu de traces des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées, à l'exception de la mise en œuvre du PSI apparaissant dans le rapport 2005-2006. D'autres thèmes reviennent de manière récurrente, dont les enjeux relatifs aux ressources humaines; l'échec en 2008 et l'obtention en 2011 de la certification d'Agrément Canada et l'atteinte des cibles mentionnées dans les ententes de gestion conclues avec l'ASSS A. Il faut attendre le rapport annuel de gestion 2010-2011, soit six ans après la réforme, pour retrouver davantage de traces explicites du concept de RSIPA. Dans ce document, il est question de l'implantation d'une « culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité » (CSSSRT, 2011a, p. 4). Cette préconisation est étroitement associée à l'obtention d'un agrément à la suite de l'examen des activités du CSSS A par Agrément Canada au début de l'année 2011, et donc dans une moindre mesure à la mise en œuvre de la réforme de 2004, laquelle semble déjà loin dans le temps. Cependant, le même rapport évoque la poursuite des orientations organisationnelles relatives au programme PALV. Il y est fait mention de « l'implantation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) » (CSSRT, 2011a, p. 27). Deux composantes sont énoncées dans le document, soit le guichet unique et la gestion de cas; nous verrons plus loin ce qui ressort de leur mise en œuvre effective et de leur appropriation par les acteurs.

La période récente coïncide néanmoins avec la mise en œuvre de plusieurs projets concomitants visant l'intégration des services, la qualité et l'efficacité des actions. Ce dernier thème est particulièrement présent dans le rapport annuel de gestion 2011-2012 et est rattaché à la notion

d'optimisation<sup>62</sup>, ce qui correspond à l'entrée en vigueur de la *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux* (ANQ, 2011). Une version de travail du document *Développement et implantation d'un modèle d'organisation de services intégrés et adaptés à la population âgée du territoire de la MRC des Appalaches. Cadre de référence* (CSSSRT, 2011b) présente l'architecture générale d'un nouveau modèle d'organisation qui intègre quatre composantes principales, soit la perspective pour un vieillissement en santé, l'approche adaptée en milieu hospitalier, le réseau de services intégrés et l'approche relationnelle de soins et services. Ces initiatives sont en phase avec les principes fondant la réforme de 2004. Le modèle présenté prévoit l'implantation de la fonction de gestionnaire de cas, ce dernier devant « assure[r] aux personnes âgées avec incapacité requérant une combinaison complexe de soins médicaux, sociaux et de soutien les services nécessaires définis dans un plan de services individualisé (PSI) » (2011, p. 14). De plus, ce document recadre l'évaluation des usagers dans une perspective globale en conformité avec les principes d'une approche réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Ainsi, l'évaluation est présentée « comme un processus continu tout au long du continuum de soins » (2011, p. 8) devant conduire à la production d'un PI ou d'un PSI pour chaque usager.

En conclusion, l'analyse chronologique des documents produits entre 2004 et 2012 par le CSSS A en lien avec les thématiques de l'intégration et de la standardisation présente un portrait assez similaire à celui que nous venons de dresser pour les publications de l'ASSS A. Néanmoins, la pression exercée par Agrément Canada semble avoir été aussi importante que la réforme de 2004

---

<sup>62</sup> La notion d'optimisation apparaît 19 fois dans le rapport annuel de gestion 2011-2012 et 28 fois dans le rapport annuel de gestion 2012-2013, alors qu'elle ne figure pas dans le rapport annuel précédent (une seule occurrence mais pour un autre contexte d'usage).



pour enclencher des transformations internes, tout comme la loi renforçant les obligations de reddition de compte. Il appert que ces deux instances se sont manifestées comme des forces plus puissantes pour induire un mouvement de standardisation qui s'oriente dans le sens de l'intégration des services que les prescriptions émanant de l'ASSS.

Toutefois, ce mouvement a engendré l'émergence ou l'activation de règles partiellement disjointes de celles requises à la mise en œuvre fonctionnelle d'un dispositif d'intégration. Par exemple, l'usage de l'OEMC a d'abord été considéré comme une obligation soutenue par des mesures coercitives avant de posséder une légitimité clinique auprès des IS. Au total, les composantes PRISMA demeurent peu opérationnalisées, même si elles sont davantage problématisées, surtout à partir de 2010, c'est-à-dire six ans après le lancement de la réforme. Malgré ce retard apparent dans la mise en œuvre de la réforme de 2004, nous remarquons le caractère ambitieux et intégré des réformes internes qui ont été entreprises avec l'arrivée de la nouvelle équipe de direction au A

#### ***4.2.2 Prescrit relatif au CSSS B***

##### *4.2.2.1 Palier régional*

Contrairement au portrait général que nous avons exposé pour l'ASSS A, les concepts relatifs à l'intégration des services sont omniprésents dans les documents produits par l'ASSS B, et ce, particulièrement au début de la fenêtre temporelle que nous avons examinée (2004-2012). En fait, des innovations comme l'intégration des services ou la gestion de cas existaient déjà sur ce territoire, reconnu pour être à l'avant-garde, avant même la création des agences de la santé et des services sociaux. On en retrouve des traces dans des documents produits par la Régie régionale

de la santé et des services sociaux (RRSSSE, 2001) et plus tard dans ceux produits par les agences de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux, des structures transitoires précédant la création des ASSS. Ainsi, dans le document fondateur du PALV intitulé *Programme-services d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Estrie 2005-2010* (ADRLSSSE, 2005), l'intégration des services apparaît comme un concept omniprésent et un principe fondateur de l'organisation fonctionnelle des services :

L'organisation des services en réseau intégré et continu a été retenue [...] comme voie à privilégier pour certaines problématiques ou clientèles afin de mieux répondre à leurs besoins grandissants. L'intégration des services permettrait de créer un système plus performant centré davantage sur le client et moins sur le dispensateur de services (2005, p. 19).

L'intégration des services y est en outre étroitement arrimée à la mise en œuvre d'un projet clinique :

Pour transiter vers une offre mieux intégrée et coordonnée de services, le projet clinique mise sur la responsabilité populationnelle ainsi que sur la hiérarchisation et l'intégration mieux articulée des services [...]. La mise en ordre de priorité de ces éléments et leur traduction en plan de mise en œuvre (programmation) constituent la pierre angulaire du projet clinique du CSSS et de son réseau local de services. (2005, p. 9).

En ce qui concerne les composantes d'un réseau intégré de services, le même document reprend les balises conceptuelles d'un document antérieur intitulé *Réseau de services intégrés – Ses principes, concepts et composantes* (RRSSSE, 2001), produit par la défunte Régie régionale, dans lequel on retrouve toutes les composantes du modèle d'intégration de services PRISMA. La logique d'imputabilité à l'égard de l'atteinte de résultats est déjà présente dans la définition de l'intégration figurant dans ce même document :

Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournissent ou assurent la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie (RRSSSE, 2001, p. 5).

Un autre document, le *Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé Estrie. « Au cœur du PSI : l'utilisateur et ses proches »*, produit en 2004 et révisé plusieurs fois par la suite, présente les balises conceptuelles du plan de services individualisés, (ASSSE, 2009). En outre, les rapports annuels de 2005-2006 et de 2006-2007 de l'ASSS A nous apprennent que les OEMC et les profils Iso-SMAF sont largement utilisés par les intervenantes du CSSS B dès cette époque, et ce, sous une forme informatisée soutenue par l'usage d'une plateforme informatique. Le rapport 2005-2006 mentionne que des travaux en cours à ce moment-là devaient permettre d'extraire des données cliniques de cette plateforme afin d'être en mesure de monitorer l'atteinte des cibles en rapport avec la reddition de compte. Par exemple, dans ce document, on retrouve des statistiques sur le degré d'atteinte de diverses cibles relatives à la reddition de compte et la répartition des usagers par type d'hébergement selon les profils Iso-SMAF. Par ailleurs, tout comme pour le CSSS A, on voit apparaître pour la première fois un indicateur du degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées, soit un résultat de 72,08 % dans le rapport annuel de gestion 2010-2011.

Plus fondamentalement et en lien direct avec ce qui précède, la finalité poursuivie par l'ASSS B est d'augmenter l'efficacité du système pour faire face à l'insuffisance des ressources humaines et financières disponibles, notamment dans le but de raccourcir les listes d'attente :

Le manque de médecins et d'autres professionnels de la santé, les longues listes d'attente et les délais d'accès dans plusieurs secteurs témoignent que nous ne sommes pas au bout de nos peines. Nous n'avons pas d'autre choix que d'accélérer les stratégies visant à améliorer la performance du réseau (ASSSE, 2008 p. 81).

En conclusion, les constats suivants ressortent de l'analyse des documents produits depuis 2004 par l'ASSS B concernant l'intégration et la standardisation. Tout d'abord, les représentations d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées et de ses composantes y sont explicites,

et ce, dès le début de la période 2004-2012, voire même rédigées en appui sur des innovations locales antérieures qui ont été précurseurs de la réforme de 2004. En outre, même si ces documents se montrent relativement peu explicites en ce qui concerne l'opérationnalisation des composantes du modèle PRISMA, ces dernières sont présentées comme un tout conceptuellement intégré. Par ailleurs, la notion d'intégration y est intrinsèquement rattachée aux notions de performance et d'optimisation, et ce, dès le début de la période observée. L'efficacité demeure un thème dominant des rapports annuels subséquents, mais, comme nous l'avons constaté dans les écrits de l'ASSS A, cette notion est remplacée par la celle d'optimisation dans les derniers rapports annuels recensés. Comme nous le montrerons plus loin, cette finalité d'optimisation se traduit directement dans un mouvement de standardisation des pratiques que l'on peut observer dans les usages des outils standardisés chez les IS du CSSS B.

#### *4.2.2.2 Palier local*

Notre analyse documentaire des rapports annuels de gestion produits par le CSSS B de 2004 à 2012 révèle relativement peu de traces des composantes RISPA. Il faut dire que ces composantes étaient déjà bien implantées, et ce, avant même les fusions. Évidemment, la mise en œuvre du projet clinique PALV et des réseaux locaux de services est mentionnée dans les documents de 2005-2006 et de 2006-2007 (CSSS-IUGS, 2006; CSSS-IUGS, 2007).

Nous l'avons évoqué plus haut, l'existence de délais avant qu'un usager puisse être pris en charge par une IS dans le programme PALV nous est apparue comme l'un des enjeux les plus prégnants au CSSS B. Ainsi, le rapport annuel de gestion de 2005-2006 mentionne un délai moyen d'attente de 75 jours (CSSS-IUGS, 2006, p. 23) avant qu'un usager puisse être évalué par les intervenantes du guichet unique PALV. De même, pour une prise en charge par une gestionnaire de cas, le

délai moyen s'établissait à 235 jours, atteignant même 318 jours (Idem) pour une intervention faite par une IS de l'équipe psychosociale dédiée. En outre, dans le rapport annuel 2006-2007, nous pouvons lire que le délai d'attente pour une prise en charge en gestion de cas augmente à 393 jours (CSSS-IUGS, 2007, p. 13). Toutefois, dans les rapports annuels subséquents, cette information n'est plus donnée, en dépit du fait que les délais d'attente pour les divers autres services de santé du secteur gériatrique (gérontopsychoiatrie, réadaptation fonctionnelle, centre de jours, accès à une place en CHSLD, etc.) soient présentés de manière exhaustive.

Même si cette information disparaît des rapports annuels, plusieurs mesures mises en œuvre par la direction du CSSS B nous montrent que cette préoccupation demeure centrale au sein de l'équipe PALV du CSSS B. Ainsi, dans le cadre d'une maîtrise en administration publique, Brodeur et ses collègues (2008) produisent un rapport dont l'objectif consiste à « mieux comprendre ce qui contribue à l'allongement des listes d'attente [en intervention psychosociale dédiée] » (p. 39). De même, un autre rapport de recherche interne, (Delli-Colli, Dubuc, Veilleux, Gauthier et Girard, 2010) proposent diverses mesures pour diminuer le temps consacré par les IS à la réalisation de tâches administratives pour augmenter le temps d'intervention direct auprès des usagers. Par exemple, une des recommandations issues de ce rapport se traduira ultérieurement par la mise en œuvre de règles balisant la rédaction des notes évolutives afin d'en standardiser la forme et le contenu dans un objectif d'efficience.

À la lumière de ce qui précède, notre examen du prescrit relatif au CSSS B en ce qui a trait à l'intégration des services et à la standardisation laisse voir que les enjeux à cet endroit sont d'une nature très différente de ceux rencontrés au CSSS A pendant la même période. Alors qu'au CSSS A l'enjeu central consistait à mettre en œuvre un modèle d'intégration de services, il s'agissait

plutôt au CSSS B de pérenniser et de bonifier des usages, qui, comme nous l'avons constaté lors de notre collecte de données, étaient déjà routinisés en vue de rendre l'activité des IS plus efficiente. En outre, s'agissant des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées, le CSSS B se caractérise par l'existence de prescriptions explicites et produites en grande partie avant 2004, alors que le CSSS A avait été exposé à des prescriptions beaucoup moins explicites.

En conclusion, nous pouvons avancer l'idée que l'affaiblissement des prescriptions relatives à l'intégration au profit des prescriptions reliées à l'optimisation semble avoir contribué au ralentissement de l'implantation des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées au CSSS A, tandis que ce même mouvement du prescrit a plutôt soutenu l'ajustement d'une mise en œuvre déjà avancée au CSSS B. Écrit autrement, au CSSS B, la mise en œuvre des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées avait été accompagnée de standards procéduraux qui en avaient soutenu l'opérationnalisation, alors que, au CSSS A<sup>63</sup>, ces standards ont été beaucoup moins présents. Il en résulte que la montée en puissance des prescriptions en lien avec l'optimisation et le mouvement de standardisation des performances qui y est associée ont joué de manière différente sur les deux territoires; si la standardisation des performances associée à la logique de reddition de compte a participé à la bonification des composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées au CSSS B, elle semble en avoir brouillé la cohérence d'ensemble au CSSS A.

---

<sup>63</sup> Nous devons apporter une nuance relativement au rôle du prescrit au CSSS A. Comme nous l'avons montré, le prescrit relatif à l'intégration des services s'est avéré relativement pauvre au plan régional. Cependant, l'arrivée d'une nouvelle équipe de direction au PALV à cet endroit a conduit à la production d'un prescrit local sur ce même thème. Toutefois, ce prescrit est arrivé plus tardivement au CSSS A qu'au CSSS B, de sorte les prescriptions relatives aux RSIPA se sont trouvées en concurrence avec celles en rapport avec la reddition de compte.

### *4.2.3 L'analyse des contextes de pratique*

C'est par l'intermédiaire de la mise en œuvre de RSIPA dans les deux CSSS à l'étude que nous pouvons accéder aux arrangements locaux et contextualisés de ressources, de cultures et de routines qui leur sont propres. Comme nous l'avions prévu lors de l'élaboration de notre stratégie d'échantillonnage par choix raisonné, et comme nous l'avons montré avec l'analyse du prescrit que nous venons juste de faire, les deux CSSS à l'étude se distinguent de manière importante pour ce qui est du degré d'avancement de la mise en œuvre des composantes de l'intégration des services et des formes de standardisation qui les accompagnent. Afin de bien comprendre le rapport des acteurs à la standardisation en contexte de RSIPA, nous ferons une description sommaire des contextes organisationnels des deux CSSS à l'étude. À cette fin, nous n'avons retenu que les informations pertinentes pour notre propos. Lors de notre collecte de données, nous avons dégagé les changements organisationnels qui, du point de vue des IS, paraissaient les plus significatifs en raison des effets qu'ils ont eus sur leur pratique depuis les fusions organisationnelles opérées en 2004.

Les thématiques de changement qui ont émergé de nos entretiens révèlent la dynamique propre à chacun des deux CSSS, ce qui explique le léger déséquilibre entre les deux CSSS dans le contenu des éléments de contexte organisationnel que nous présentons. En ce sens, nous avons moins cherché à dégager des constats transversaux que des clés de lecture pour comprendre les dynamiques locales et singulières, de sorte que les deux CSSS se caractérisent par un certain nombre de thématiques saillantes, qui sont parfois identiques mais le plus souvent distinctes, malgré un environnement législatif commun. Ces thématiques de changement spécifiques seront

présentées ultérieurement au fil de notre démarche d'analyse; elles soutiendront la nécessaire mise en contexte des usages des diverses formes d'outils standardisés que nous avons analysés.

Cette première démarche d'analyse nous a permis d'apporter des éléments de réponse à notre deuxième objectif de recherche qui vise à dégager dans les discours et les usages des IS des éléments de contexte et des caractéristiques perçues des outils standardisés qui influent sur leur appropriation.



#### 4.2.3.1 Contexte organisationnel au CSSS A

Le CSSS A compte actuellement trois CLSC desservant 19 municipalités, qui sont pour la plupart de petites communautés rurales. Ce CSSS est issu de la fusion en 2004 d'un centre hospitalier, de trois CLSC et de cinq CHSLD répartis sur l'ensemble du territoire. Le programme-service *Perte d'autonomie liée au vieillissement* (PALV) du CSSS A est constitué d'une équipe d'environ huit intervenantes sociales portant le titre de travailleuses sociales (TS) et de cinq techniciennes en travail social (TTS). En outre, deux IS travaillent dans des CLSC situés dans des communautés rurales tandis que trois autres IS travaillent au centre hospitalier. Il n'y a pas de gestionnaire de cas au CSSS A, bien que cette composante ait été expérimentée très brièvement au début de 2011 et abandonnée à la suite du départ de l'IS qui assumait cette fonction<sup>64</sup>. Il en résulte que l'appropriation de la gestion de cas a été insuffisante pour modifier les pratiques, voire pour que les IS s'en fassent une représentation précise :

*On nous expliqué c'est quoi grossièrement, un gestionnaire de cas [...] On se disait : « C'est le fun. On va voir quelqu'un dans la pratique; on va voir c'est quoi. » Juste théoriquement, je trouvais que c'était encore flou, et je n'arrivais pas vraiment à voir de quelle façon son travail allait être différent du nôtre. [Mais] ça n'a pas duré assez longtemps pour que je puisse le voir. (E1 IS1CSSS A)<sup>65</sup>*

Afin de bien comprendre le fonctionnement du CSSS A, nous présenterons sommairement le cheminement du dossier d'un usager lors de sa prise en charge. Chaque nouvelle demande, formulée par un usager ou une organisation autre que le CSLS, par exemple l'hôpital, arrive au guichet unique, où elle est évaluée pour déterminer l'admissibilité de l'usager au programme PALV et son niveau de priorité. Les situations les moins urgentes sont placées sur une liste

---

<sup>64</sup> Nous n'avons pas été en mesure de rattacher ces pratiques de gestion de cas à un modèle spécifique en raison de la faible appropriation de la gestion de cas par les IS; ceci ne nous permet toutefois pas de conclure que ce rattachement conceptuel n'existait pas.

<sup>65</sup> L'identification de la provenance des extraits correspond à la nomenclature standardisée suivante : le type d'entretien (E1, E2 ou E3), le CSSS où l'entretien a été réalisé (A ou B) et le numéro attribué à l'IS (de 1 à 8).

d'attente. L'attribution des nouveaux dossiers aux IS est assurée par une agente de coordination professionnelle (ACP). Comme il n'y a pas de gestion de cas au CSSS A, l'ensemble des dossiers du programme PALV est assumé par une seule et même équipe d'IS. La direction du programme PALV repose sur une direction adjointe et une direction générale qui gère une équipe plus vaste comprenant des infirmières et d'autres professionnels.

Depuis 2005, on peut distinguer deux moments forts de changement organisationnel au CSSS A. Le premier temps fort, débuté en 2005, concerne la fusion des CLSC et de l'hôpital pour former le CSSS actuel. Cet épisode de fusion est encore bien présent dans la mémoire des acteurs locaux parce qu'il s'est accompagné de changements importants dans les pratiques des IS, lesquelles doivent depuis lors assurer le suivi des usagers à l'hôpital<sup>66</sup>. Un second temps fort commence en 2007 et se caractérise par une série de changements soutenus et multiples en lien avec la mise en œuvre de plusieurs composantes des RSIPA. En fait, cette mise en œuvre a véritablement pris son envol avec le renouvellement de l'équipe de direction du CSSS et la conception d'un nouveau modèle d'organisation de services en 2011 dont nous avons traité plus haut. Parallèlement à ces changements dans l'équipe de direction, l'équipe des IS du PALV a été touchée en peu de temps par plusieurs départs à la retraite. Le profond mouvement de changement qui a animé le CSSS A au cours de cette période a eu pour effet de laisser peu de place à l'institutionnalisation des innovations et à la routinisation de nouvelles pratiques:

*On est effectivement en période de changement, mais je dirais que, depuis 2007, on est en changement perpétuel, alors les zones de confort, on ne connaît plus ça (ACP-CSSS A).*

---

<sup>66</sup> Nous consacrons la section 4.4.3 à l'analyse de ces changements.

Toutefois, pour les acteurs du CSSS A, à cette intense période de changements doit succéder une nécessaire accalmie afin de permettre leur appropriation dans les usages :

*Depuis 2007, on développe, on développe, on développe, et là, on est rendu bientôt en 2012, et je pense que là, il faut consolider des affaires (ACP-CSSS A).*

Au moment de notre collecte de données, nous avons pu observer qu'il n'y avait pas de gestion de cas. Toutefois, un guichet unique avait été implanté, de même qu'un système d'information continue sous la forme de la plateforme informatique RSIPA. En outre, l'usage de l'OEMC était en profonde transformation puisque son emploi devenait de plus en plus courant. Ce changement, qui s'inscrivait dans la mouvance des divers projets visant l'intégration des services mis en œuvre par la direction, a été soutenu par l'informatisation des OEMC qui accompagnait l'introduction de la plateforme informatique RSIPA. De surcroît, comme nous le montrerons plus loin, la pression exercée par l'organisme de certification Agrément Canada a catalysé ce mouvement de changement. Alors que les réformes à l'interne donnaient progressivement sens et légitimité à la réforme, l'obligation de rendre des comptes sur des éléments spécifiques, comme source externe de contrainte, soutenait la mise en œuvre effective desdites réformes dans l'activité des acteurs.

#### *4.2.3.2 Contexte organisationnel du CSSS B*

Le CSSS B regroupe trois CLSC, trois CHSLD, un centre hospitalier, et il dessert un territoire entièrement urbain. La structure organisationnelle actuelle du CSSS B constitue la résultante de plusieurs fusions successives achevées en 2005. Notons toutefois que le centre hospitalier que l'on retrouve sur ce territoire n'a pas été fusionné avec le CSSS.

Le programme PALV mis en œuvre au CSSS B comprend une équipe de gestionnaires de cas et trois équipes disciplinaires dédiées<sup>67</sup> (intervenantes sociales, infirmières et ergothérapeutes). Ce programme compte également d'autres équipes rattachées au guichet unique ou à la gestion des listes d'attente. Nous ne présenterons ici que les équipes auxquelles sont rattachées les IS que nous avons recrutées.

L'équipe de gestionnaires de cas est multidisciplinaire. Elle regroupe des intervenantes sociales, des infirmières et des ergothérapeutes. Au moment de notre collecte de données, cette équipe accueillait environ 25 personnes. Comme nous l'avions mentionné plus haut, le modèle de gestion de cas privilégié au CSSS B est le modèle hybride, dans lequel la gestionnaire de cas assume principalement un rôle de courtage et de coordination de services, bien qu'elle ait également un rôle mineur sur le plan clinique dans son champ professionnel d'appartenance tant et aussi longtemps que ses interventions demeurent ponctuelles et qu'elles n'entravent pas son rôle de courtage et de coordination. La gestion de cas a été mise en œuvre en 2001 au CSSS B, soit avant les fusions de 2004-2005. Elle est donc routinisée dans l'activité des IS, ce qui se traduit dans les représentations identitaires auxquelles adhèrent les IS. De fait, ces dernières s'auto-définissent en se démarquant ostensiblement du rôle plus traditionnel d'intervenantes sociales :

*On est là pour la coordination de services, puis on est gestionnaire de cas ; on n'a pas nécessairement beaucoup la couleur TS. (E1 IS8 CSSS B)*

---

<sup>67</sup> Le nom et le mandat spécifique de cette équipe a évolué au fil du temps. Dans le cadre de notre thèse, nous avons utilisé l'appellation en vigueur au moment de nos observations. Le mandat de cette équipe se compose de deux volets distincts. Le premier consiste à effectuer des suivis simples pour les usagers ayant peu de besoins de coordination et le deuxième se compose de suivis avec des usagers présentant des problèmes particuliers (par exemple, des problèmes de maltraitance ou un deuil pathologique) qui nécessitent un suivi plus intensif sur une longue durée.

Afin de bien comprendre le fonctionnement du CSSS B, nous présenterons sommairement le cheminement du dossier d'un usager lors de sa prise en charge. Chaque nouvelle demande est d'abord évaluée par l'équipe d'intervenantes du guichet unique, qui détermine son admissibilité au programme PALV et, le cas échéant, calcule le profil Iso-SMAF de l'utilisateur en complétant l'OEMC. Les usagers présentant un profil Iso-SMAF de 1 à 5 sont orientés vers l'équipe d'intervention dédiée, tandis que les usagers présentant un profil de plus de 5 sont orientés en gestion de cas.

Le partage de dossiers d'utilisateurs entre les IS des deux équipes selon leur profil Iso-SMAF implique que des usagers recevant des services du PALV peuvent être transférés d'une équipe à l'autre en raison de changements dans leur profil Iso-SMAF ou encore à cause de certains problèmes qui requièrent une série d'interventions psychosociales intensives qui ne peuvent être effectuées par les gestionnaires de cas du fait de leur rôle principal de courtage et de coordination de services. En outre, comme nous l'avons écrit lorsque nous avons examiné le prescrit, les délais d'attente avant qu'un usager puisse être pris en charge par l'équipe de gestion de cas sont depuis longtemps un enjeu important au CSSS B<sup>68</sup>, d'où l'introduction de mécanismes de priorisation dans le but de repérer les cas les plus urgents dans la liste d'attente. Pour chacune de ces deux équipes d'IS, une agente de coordination professionnelle (ACP) procède à l'analyse des dossiers cliniques en attente pour évaluer leur niveau de priorité et les attribuer à une des IS de l'équipe au fur et à mesure que des charges de cas se libèrent à la suite de la fermeture de dossiers<sup>69</sup>.

---

<sup>68</sup> Comme le relatent Brodeur et ses collègues (2008), la liste d'attente en gestion de cas atteignait 500 dossiers en 2008. Lors de nos observations, à l'automne 2011, les IS nous ont mentionné que cette liste comptait un peu plus de 200 dossiers.

<sup>69</sup> Le dossier d'un usager en gestion de cas peut être fermé pour plusieurs raisons, par exemple lors de son admission dans un hébergement de type institutionnel comme un CHSLD.

En conclusion, nous pouvons relever certaines distinctions importantes entre les contextes organisationnels des deux CSSS, qui se traduisent dans le discours des IS sur les changements que ces dernières nous ont présentés comme ayant eu un effet significatif sur leur activité. Contrairement à ce que nous avons observé dans le cas du CSSS A, la thématique des fusions organisationnelles est presque absente dans le discours des IS du CSSS B; elle semble donc institutionnalisée malgré le fait que le CSSS B soit une organisation de taille plus importante que le CSSS A. Dans le même sens, les changements mentionnés par les IS du CSSS B portent moins sur la mise en œuvre des composantes d'un RSIPA que sur l'ajustement continu de sa mise en œuvre. Comme nous l'avons relaté plus haut, la pression exercée sur le CSSS B en raison de l'omniprésence de délais avant qu'un usager puisse être pris en charge par l'une des deux équipes d'IS a conduit les acteurs décisionnels à standardiser plusieurs activités afin d'en renforcer l'efficacité dans le but de diminuer le temps consacré au travail administratif et d'augmenter le temps de travail clinique auprès des usagers; cet enjeu est beaucoup moins présent au CSSS A. Nous avons également montré que les structures organisationnelles des deux CSSS à l'étude se distinguent par leur niveau de complexité. Le CSSS B étant d'une taille significativement plus importante que le CSSS A, sa structure comporte une ligne hiérarchique plus longue, de sorte qu'une part importante des changements mentionnés par les IS du CSSS B concerne la structure organisationnelle. Il faut cependant rappeler que plusieurs composantes fonctionnelles des RSIPA sont d'un usage routinier au CSSS B.

Enfin, même si cette distinction ne se manifeste pas de manière explicite dans ce qui précède, les équipes de direction des deux CSSS se distinguent dans leur façon d'accompagner le changement dans les pratiques professionnelles, ceci ayant un effet direct sur l'émergence plus ou moins forte

d'une standardisation procédurale de l'activité des IS. À titre d'exemple, nous montrerons plus loin que les règles relatives à la rédaction de certains documents cliniques, comme les notes évolutives, ont fait l'objet de révisions importantes et que l'appropriation de ces nouvelles règles a été soutenue par un accompagnement étroit de la part des ACP. Il faut également comprendre que ces nouvelles règles de rédaction visaient à renforcer l'efficacité des activités des IS, un objectif transversal poursuivi par les acteurs du CSSS B.

#### **4.3 Rapport des IS à l'usage des outils standardisés**

Nous entamerons la démarche d'exposition des résultats en examinant différentes formes d'outil standardisés qui modulent l'activité des IS en contexte de RSIPA. Lors de notre collecte de données, nous nous sommes arrimés aux usages observés dans l'activité des IS et au discours de ces dernières sur leur usage de ces outils. Nous avons constaté que les formes relevées par les IS s'éloignent de la conception des outils standardisés que nous avons développée dans notre problématique, soit des outils, guides de pratiques ou protocoles conçus dans la logique des pratiques fondées sur des résultats probants. Or, lors des entretiens que nous avons eus avec elles, les IS des deux CSSS n'ont été en mesure de nous nommer qu'un nombre très restreint d'outils standardisés en usage dans leur activité qui correspondent à notre conception initiale :

*Sincèrement, on en a très peu. (E1 IS7 CSSS B)*

*Je n'en ai pas. Moi, je ne peux pas en utiliser 25, je ne peux pas dire que j'ai tant de grilles que ça, concrètement. (E1 IS3 CSSS A)*

En accord avec la composition technique (Nélisse, 1998), nous constatons qu'un professionnel réalise ses activités d'intervention à partir d'outils se trouvant à sa portée, dans l'environnement

où se déploie son activité. Dans son sens restreint, la notion d'environnement comporte une dimension spatiale et on peut *prendre* des outils à portée de main dans cet environnement. On peut employer un outil standardisé sous une forme papier ou sous une forme virtuelle, accessible par l'intermédiaire d'une plateforme informatique, par exemple un OEMC sur la table de travail ou un tableau des profils Iso-SMAF accroché au mur du bureau d'une IS. On peut se servir d'un outil pour la fonction à laquelle il est destiné ou encore en le détournant de cette fonction, par exemple en utilisant un OEMC comme bloc-notes, ce qui constitue une catachrèse, c'est-à-dire « l'utilisation d'un outil à la place d'un autre ou [...] pour des usages pour lesquels [il n'est pas] conçu » (Rabardel, 1995, p. 99). Toutefois, la notion d'environnement tel que nous la concevons ici se déploie au-delà de sa dimension spatiale et comporte également un aspect conceptuel. Dans ce dernier cas, nous concevons la portée de main moins comme la préhension d'un outil que la compréhension de cet outil. La portée de main conceptuelle renvoie à l'utilisation des catégories conceptuelles inscrites dans l'outil. Par exemple, un profil Iso-SMAF peut être utilisé pour négocier l'octroi de services à un usager auprès du CSSS ou pour planifier les interventions à venir pour un usager en fonction des problèmes-type rencontrés chez des usagers ayant le même profil Iso-SMAF. La portée de main conceptuelle peut opérer dans l'activité des IS, même si l'outil n'est pas spatialement à portée de main en raison de l'appropriation par l'IS des catégories conceptuelles inscrites dans cet outil.

Partant de cette lecture, la résistance des IS à l'introduction de nouveaux outils traduit leur besoin de réaliser l'activité d'intervention clinique à partir d'outils à portée de main, mobilisables rapidement et facilement<sup>70</sup> :

---

<sup>70</sup> Cela donne une indication forte aux promoteurs d'outils quant à la diffusion d'innovations en la matière.



Avoir une grille qui rapidement... pas une grille de trois pages, qui dit : « Bon, il y a telle, telle et telle affaires dans ce cas-là ». Mais encore, encore! Si je vais dans ça, une grille, une fois qu'elle est faite, il faut l'analyser et dire : « Pas ça... pas ça, pas ça... » Ça fait que je pense qu'on a des grilles dans nos têtes, mais pas des grilles écrites. [L]es grilles d'analyse, dans l'action, on a tendance à ne pas s'en servir souvent. On n'a pas le temps. C'est le fun en formation, tu as trois heures à réfléchir sur un dossier. Quand est-ce qu'on prend trois heures pour s'asseoir et faire le portrait? On le fait [avec l'OEMC], c'est beaucoup avec ça qu'on travaille [...] moi, je ne suis pas une grosse utilisatrice d'outils de décision. (E1 IS5 CSSS B)

Il faut qu'il soit facile à utiliser, il faut qu'il fasse sens [sic] dans mon travail quotidien, il faut qu'il soit simple pour le client. Il ne faut pas qu'il soit long parce qu'on n'a pas le temps; ça ne nous prend pas des outils longs, à cocher et à interpréter par la suite, puis à reprendre avec le client. Ça vient que ça ne finit plus. C'est super pertinent, mais on n'a pas le temps de faire ça. (E3 IS7 CSSS B)

Comme l'illustre le dernier extrait, l'IS manifeste une résistance à l'usage de nouveaux outils standardisés tout en spécifiant que l'OEMC se situe au cœur de sa pratique, ce qui constitue en quelque sorte un paradoxe puisqu'il n'y a aucune différence fondamentale entre l'OEMC et un autre outil standardisé, sinon dans le degré d'appropriation ou marginalement dans le nombre d'items que compte l'outil. Ainsi, au sens de la composition technique de l'activité, un outil peut être considéré à portée de main en raison du caractère routinier de son usage qui nécessite un investissement cognitif moindre de la part des IS qui l'utilisent.

Nos observations empiriques nous ont montré que le rapport des IS à l'usage à portée de main est aussi modulé par une logique d'efficacité perçue. Le caractère efficace des outils comme condition pour soutenir leur usage dans l'activité des IS ressort fortement dans les extraits surlignés qui précèdent. Ainsi, les usages des outils par les IS qui correspondent aux prescriptions, les usages partiels ou les usages détournés traduisent tous des représentations situées, contextualisées, de ce que peuvent apporter ces outils pour soutenir l'activité des IS, et ces représentations semblent être étroitement liées à l'efficacité perçue de ces outils. En outre, en lien avec l'apparition de nouveaux outils, ces représentations ne sont pas stables car elles peuvent

bouger selon les contextes organisationnels dans lesquels se déploie l'activité des IS et le degré d'appropriation des IS de ces outils.

Dans les pages qui suivent, nous examinerons l'activité des IS en contexte de RSIPA en opérant une distinction conceptuelle entre deux familles d'activités. La première, les activités cliniques, est directement rattachée au travail d'intervention effectué par les IS auprès des usagers. La deuxième, les activités procéduro-administrative<sup>71</sup>, se rapporte à des procédures administratives telles que le remplissage de formulaires, la compilation de statistiques relatant la nature et le nombre d'interventions effectuées auprès des usagers, la rédaction des notes d'évolution<sup>72</sup>, etc. Ces activités font peu appel à l'expertise clinique des IS. Elles sont vues comme répétitives et comme une entrave au temps de travail consacré à l'intervention clinique directe auprès des usagers :

*La requête de services professionnels, c'est super long. Après, il faut que tu fasses une note d'évolution qui va résumer ta requête. Puis, il faut que tu fasses une note d'évolution dans ton dossier du CLSC. Ça fait que tu fais comme trois fois la même affaire. (E1 IS2 CSSS A)*

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les formes d'outils standardisés que nous avons dégagées empiriquement traduisent une composition technique à l'œuvre avec des outils à portée de main. La première forme d'outils standardisés que nous examinerons (section 5.3.1) sont les directives relatives aux ensembles de règles inscrites dans les multiples procédures organisationnelles. La deuxième forme d'outils de ce type (section 5.3.2) comporte un seul outil dont l'usage est devenu routinier pour l'ensemble des acteurs des deux CSSS et qui répond à

---

<sup>71</sup> Ces activités sont couramment qualifiées de cléricales mais l'usage de ce terme est impropre.

<sup>72</sup> Bien que les notes d'évolution soient pour l'essentiel de nature clinique parce qu'elles s'appuient sur l'expertise des IS, leur rédaction est souvent perçue comme une activité qui entame le temps pouvant être consacré à l'intervention clinique directe avec les usagers et, dans cette perspective, nous les considérons comme une activité procéduro-administrative.

notre conception initiale des outils standardisés, à savoir l'OEMC. La troisième forme d'outils standardisés correspond aux outils de priorisation et d'allocation de services, dont nous ferons l'analyse à la section 5.3.3. La quatrième catégorie d'outils standardisés comprend les plans d'intervention (section 5.3.4), plus particulièrement les PSI et les PI. Le cinquième type d'outils standardisés que nous présenterons, les outils émergents des besoins cliniques, a été élaboré à partir des besoins de standardisation exprimés par les IS dans leur activité clinique (section 5.3.5). Enfin, la sixième et dernière forme d'outils standardisés à laquelle nous nous intéressons (section 5.3.6) concerne les plateformes informatiques utilisées par les IS dans leur activité.

Le plan de présentation que nous suivrons pour chacune des sections de ce chapitre d'exposition des résultats respectera la structure suivante. Nous introduirons chacune des formes d'outils standardisés en la définissant et en expliquant son usage en lien avec le contexte organisationnel et son niveau d'appropriation par les IS. Par la suite, nous exposerons ces usages en montrant les rapports que les IS entretiennent avec ces outils standardisés dans leur activité, puis nous analyserons les formes de standardisation associées à ces divers outils. En appui sur la théorie de la régulation sociale, nous relèverons les types de régulation qui s'actualisent dans ces contextes d'usage et le jeu avec les règles qui les accompagne en montrant comment les IS, comme individu, dans un collectif, ou par rapport à d'autres groupes d'acteurs, se positionnent par rapport à ces règles en fonction d'enjeux cliniques ou de préservation de l'autonomie professionnelle<sup>73</sup>.

---

<sup>73</sup> Pour chacun des outils, nous montrerons les usages singuliers et spécifiques à chacun des CSSS et les constats transversaux lorsqu'ils se présentent. Nous insisterons sur les usages singuliers plus particulièrement lorsqu'ils se distinguent d'un CSSS à l'autre en présentant ces singularités dans des sections distinctes de notre texte. Lorsque notre examen des usages relève plutôt des caractéristiques transversales, nous présenterons ces usages dans une section unique. Nous avons préféré recourir à cette stratégie rédactionnelle en raison de sa capacité heuristique à faire parler nos données. Une stratégie rédactionnelle plus proche d'une monographie classique, dans laquelle chacun des deux CSSS à l'étude serait présenté successivement, aurait entravé notre démarche de conceptualisation. Nous

#### **4.3.1 Les directives, une forme générale d'outils standardisés**

L'une des formes d'outil standardisées les plus souvent relevées par les IS ne sont autres que les multiples procédures organisationnelles existant au sein du CSSS. Elles peuvent porter sur les diverses étapes à suivre pour formuler une demande de services, sur le partage des tâches entre les divers acteurs du CSSS travaillant sur des dossiers d'utilisateurs communs, sur les autorisations à échanger avec d'autres professionnels ou d'autres organisations des renseignements personnels sur des usagers, etc. Ces ensembles de règles constituent l'une des formes de standardisation les plus présentes dans les deux CSSS à l'étude et elles sont étroitement rattachées aux activités procéduro-administratives que nous avons définies plus haut :

*Il y a le manuel de procédures, où sont écrits tous les critères d'admissibilité. Ça permet de cadrer notre pratique pour avoir un minimum d'uniformité, à savoir que si un client arrive et qu'il va voir [TS X] et un client qui va voir [TS Y], en principe, il devrait y avoir une certaine uniformité dans la façon dont on va traiter la demande du client, même si la façon dont on intervient n'est pas pareille. Actuellement, c'est ça qui nous guide vraiment beaucoup. (E1 IS1 CSSS A)*

*C'est un cartable d'orientation, [dans lequel on retrouve] tous les programmes, les critères d'admissibilité, quels papiers on doit compléter et à qui on envoie ça. C'est une base, quand tu arrives. C'est tellement complexe, on a tellement de programmes ici [que] ça prend un minimum d'un an pour être capable de comprendre la game. (E1 IS7 CSSS B)*

Ces ensembles de règles peuvent être définis comme étant des directives. Ce qui caractérise ces dernières, c'est qu'elles sont des règles explicites ayant valeur d'obligation pour les acteurs (Brunsson et Jacobsson, 2000) et, en ce sens, elles correspondent à une forme de régulation de contrôle. Au sens de Timmermans et Berg (2003), ces directives s'apparentent à des standards procéduraux puisqu'elles prescrivent les actions ou les suites d'actions à effectuer dans une situation clinique donnée.

---

considérons que la stratégie de rédaction que nous avons adoptée est congruente avec la stratégie d'échantillonnage par choix raisonné que nous avons retenue dans cette thèse.

Nous considérons que le processus de création, de diffusion et d'usage de règles dans une organisation doit être appréhendé en interaction avec le contexte de pratique des acteurs dans cette organisation. Une règle peut exister depuis longtemps dans une organisation sans être connue ou en usage parce qu'elle ne possède pas de légitimité auprès des acteurs à qui elle est destinée, parce qu'elle n'a pas de sens dans le contexte de leur activité ou encore parce qu'aucune mesure coercitive n'en contraint l'usage. Par exemple, comme nous le montrerons, l'usage de PSI est obligatoire dans certaines circonstances, en vertu de prescriptions législatives (ANQ, 1991). Ces prescriptions sont connues de l'ensemble des acteurs des CSSS, mais l'usage de PSI demeure pour le moment très limité. En outre, cette déviance paraît cautionnée par les gestionnaires des deux CSSS. Cette situation acquiert tout son sens lorsque l'on examine plus globalement le contexte de pratique des IS au sein de leur organisation. Selon un autre cas de figure, une règle, qui sera longtemps demeurée prescription virtuelle dans une organisation, peut soudainement devenir une prescription incontournable en raison d'un contexte particulier qui contraint collectivement les acteurs à y adhérer. Ainsi, dans un contexte très précis que nous expliquons plus loin, les activités de rédaction des écrits professionnels et les notes évolutives ont été soumises à un changement important entourant l'application stricte des règles de rédaction s'y rattachant, alors que la déviance à ces règles, pourtant connues et explicites, était auparavant tolérée par les gestionnaires du CSSS.

D'une manière plus générale, malgré nos démarches d'observation, nous n'avons pu nous procurer un document explicite regroupant l'ensemble des directives régissant le travail des IS, ce que les IS dénomment communément *Manuel de procédures* ou *Cartable d'orientation*. Bien que nous ayons trouvé certains documents épars, aucun de ceux-ci n'avait été mis à jour, et ce, parfois

depuis plusieurs années. Le document le plus substantiel que nous avons pu trouver est le fruit de l'initiative personnelle d'une des IS du CSSS B, une recrue qui travaille à cet endroit depuis moins d'un an. Cette dernière a rassemblé diverses informations disparates en les regroupant par types d'offre de services. De même, un cartable d'information a été colligé par l'une des IS du CSSS A, mais il n'avait pas été mis à jour.

Contrairement à nos attentes, la standardisation de la pratique des IS ne se traduit pas dans une formalisation explicite des directives. Ces observations soutiennent l'idée que les nouvelles règles sont diffusées à la pièce, sans forcément s'arrimer explicitement à des règles plus générales qui leur sont antérieures. En fait, malgré le caractère explicite et formalisé des directives, leur processus de diffusion peut s'avérer plus ou moins visible en raison du caractère multiforme des mécanismes de diffusion utilisés (courriel, un espace web commun, réunions d'équipe). En outre, les traces explicites des directives connues des IS et qui sont d'un usage routinier peuvent demeurer au fond d'un classeur, tout comme les directives qui seraient demeurées virtuelles parce qu'elles ne sont pas passées dans les usages. Ainsi, la visibilité et l'effectivité des règles sont deux composantes distinctes qui ne sont pas forcément liées l'une à l'autre. Sur le plan de la méthodologie de la recherche, ces observations montrent les limites d'une analyse de l'usage des règles qui ne porterait que sur les prescriptions qui peuvent se retrouver sous une forme explicite dans des documents écrits.

L'invisibilité relative d'une directive, et corollairement sa faible visibilité pour un acteur externe ou pour un nouvel acteur dans l'organisation, n'est pas directement liée à son usage, qui, lui, peut être tout à fait effectif. L'appropriation des directives est notamment liée au nombre d'années d'expérience des IS au sein de leur CSSS respectif. Ainsi, les nouvelles recrues manifestent

davantage le besoin d'avoir des directives explicites et facilement repérables pour consultation, alors que, pour les IS plus expérimentées, l'usage routinier de ces directives fait en sorte, d'une part, qu'elles intériorisent plus ou moins ces mêmes directives, et, d'autre part, que les directives sont respectées sans que les IS aient à y réfléchir. Dans une certaine mesure, l'on peut affirmer que cette intériorisation des règles rapproche les directives du statut de norme, c'est-à-dire de règle implicite et intériorisée :

*Je n'ai plus besoin de m'y référer parce que je connais le contenu. Mais, j'ai toujours en tête les critères d'admissibilité. (E1 IS1 CSSS A)*

En ce sens, les règles incorporées, mais rendues en partie invisibles en raison de leur faible diffusion, constituent néanmoins des vecteurs de standardisation de l'activité, mais médiés dans une représentation très incorporée. Toutefois, dans ce cas, l'appropriation de ces règles par des recrues repose en grande partie sur un processus de diffusion entre pairs, de transmission par ajustement mutuel de ce qui est formellement une régulation à prétention de contrôle. Ceci fait en sorte que les directives telles qu'elles prennent forme dans les usages des IS, peuvent, après des adaptations successives, échapper en partie à la régulation de contrôle et prendre davantage la forme d'une régulation autonome parce que l'espace de jeu que s'octroient les IS pour interpréter et adapter ces directives à des contextes et des situations singulières peut éventuellement sortir des limites de l'espace de jeu prévu par ces règles.

Ces constats soulèvent des interrogations relativement aux jeux possibles avec ces directives plus ou invisibles. Est-ce qu'il y a des contextes particuliers dans lesquels les IS souhaitent maximiser cet espace de jeu ? Pourquoi les gestionnaires énoncent-ils des directives qui en principe, ont pourtant valeur d'obligation, sans pour autant les accompagner de mesures coercitives ou de stratégies pour forcer les IS à y adhérer ? Est-ce qu'il existe des directives dont le respect

s'accompagne de mesures davantage coercitives, et, le cas échéant, pour quelle raison et dans quel contexte ?

Ces pistes de réflexion sont congruentes avec les fondements de la théorie de la régulation sociale conceptualisée par Reynaud. Tout au long de notre démarche d'exposition des formes d'outils standardisés, nous montrerons que le rapport des IS à la standardisation dans leur activité est modulé par les contextes d'usage de ces outils. En accord avec ce qui précède, nous avons dégagé dans les deux CSSS un certain nombre de thématiques de changement qui traduisent le sens général de forces de standardisation qui sont spécifiques à chacun d'eux. Ces forces, même incertaines ou faibles, participent de mouvements de standardisation qui influent sur le rapport des IS à la standardisation et sur leur usage des outils standardisés dans leur activité. Ces mouvements de standardisation donnent une orientation générale, une finalité, à des ensembles à certains changements constatés à l'intérieur des CSSS. En outre, on peut considérer que, même lorsque des outils standardisés ou des ensembles de règles demeurent cantonnés à un usage très limité dans l'activité des IS, ces outils peuvent néanmoins participer à ces mouvements de standardisation, soit au plan discursif, soit dans les représentations des acteurs, et s'inscrire dans un processus de régulation dont les tenants et aboutissants demeurent à élucider.

#### *4.3.1.1 Mouvements de standardisation au CSSS A*

Nous avons vu que les acteurs du CSSS A ont vécu une importante vague de changement qui s'opère depuis 2008. Cette vague traduit une volonté explicite de standardiser l'ensemble des étapes du processus d'intervention en introduisant certes de nouvelles directives mais également des changements de nature conceptuelle plus fondamentaux dans les principes généraux régissant le cadre de l'intervention, comme le montrent les propos tenus par l'agente de coordination



professionnelle du CSSS A :

*En CLSC, la mentalité est de faire des suivis à long terme. C'est ce changement de mentalité qui est difficile à faire. Tranquillement, avec les plus jeunes, c'est peut-être un petit peu plus facile à instaurer. On travaille avec [l'OEMC], on fait la cueillette de données, on cible les problèmes à travailler et on fait un plan d'intervention. On s'assure de la collaboration du client, et, dès que nos objectifs sont atteints, on ferme l'épisode de services, on ferme l'assignation. Ça, [ce] n'est pas naturel [...] parce que la mentalité était que des personnes âgées, on garde ça à vie, et ce n'est plus comme ça. [...] Il y a des demandes qui entrent toutes les semaines, ça fait qu'il faut que chaque intervenant puisse être capable d'en recevoir toutes les semaines, des nouvelles demandes. Ça veut dire qu'il y a un output aussi. Il y a un input et un output. Plus ça va, plus il faut rationaliser, objectiver l'intervention, à peu près au même titre qu'un professionnel comme un physiothérapeute [ou un] ergothérapeute [qui] travaille avec son plan d'intervention, des objectifs à atteindre, un échéancier, une révision. (ACP-CSSS A)*

Des changements de cette ampleur touchent à la fois les dimensions cliniques et procéduro-administratives de l'activité des IS. Ce mouvement de standardisation impose un plan général d'ordonnancement des activités à réaliser selon une séquence prédéterminée et l'inscription de cette séquence d'activités dans une temporalité plus courte, dont la durée répond à des critères exogènes. En raison de l'introduction d'outils standardisés, ce mouvement agit également sur l'arrimage entre les diverses activités composant cette séquence. Par exemple, une évaluation par l'entremise de l'OEMC doit conduire à la rédaction d'un PSI. Ce mouvement s'inscrit donc dans un schéma général d'intelligibilité, une technologie au sens où l'entend Néglise.

Toutefois, dans l'état actuel de sa mise en œuvre, le sens et la finalité de ce mouvement de standardisation restent en partie nébuleux pour les IS, de sorte que, pour une large part, l'appropriation des divers ensembles de règles qui en découle et leur usage en tant qu'outils dans l'activité demeure encore à faire:

*C'est sûr qu'on n'est pas rendu loin par rapport à l'implantation des profils Iso-SMAF [et] de s'en servir, mais je vois quand même qu'on tend vers [une utilisation] un peu plus large que ce qu'on fait présentement, ça fait que ça devient intéressant. Ça fait qu'on ne remplit pas des évaluations [OEMC] juste pour les remplir. Il y a quand même une certaine rigueur à laquelle il faut en venir parce que si je fais mal mon évaluation, bien,*

*l'évaluation des besoins du client va être mal interprétée, et, à ce moment-là, il va en découler plein d'affaires [...]. Notre intervention doit suivre [...] un peu ce qu'on nous a appris à l'école, c'est-à-dire qu'on fait l'évaluation, on arrive à un plan d'intervention, on fait des interventions, on fait la révision, [et on complète nos] statistiques. Depuis que je suis arrivée, on a aussi beaucoup [...] essayé de cadrer quels sont les critères d'accessibilité, à quoi les gens ont droit, dans quelle situation. (E1 IS1 CSSS A)*

Outre le caractère novateur des changements engendrés par ce mouvement de standardisation et l'incertitude qui l'accompagne, la citation précédente témoigne d'un rapport plutôt favorable à la standardisation. Comme le montrent les extraits surlignés, ce mouvement de standardisation n'est pas vu comme un changement qui éloigne l'activité des IS des fondements de leur profession, du moins de ceux appris au cours de leur formation initiale, mais plutôt comme un rapprochement avec ces fondements.

Toutefois, l'appropriation des nouvelles règles issues de ce mouvement de standardisation procédurale se heurte à la complexité des situations cliniques et à l'insuffisance des ressources disponibles pour répondre aux besoins des usagers, de sorte que ces nouvelles règles doivent constamment être réinterprétées :

*Avant, on avait comme un cadre bien plus rigide [...]. Par exemple, pour mettre des plans de services, on savait que [s] il fallait en haut de 5 heures, on s'impliquait; en bas de ça, non. Mais là, il y a comme plus de nuances [...]. On va consulter plus la coordonnatrice clinique : « Ça, est-ce qu'on peut le mettre en place? » On va aller se valider beaucoup plus. Avant, on [travaillait] dans notre bureau, et c'était ça. On dirait que c'était plus clair; on avait une ligne directrice qui était comme plus claire. Tandis que là, je trouve que c'est peut-être moins rigide, mais, d'un autre côté, c'est mieux parce que le client va peut-être être mieux servi. (E1 IS2 CSSS A)*

Le caractère novateur des changements en cours au CSSS A requiert des IS qu'elles s'approprient les diverses composantes d'un modèle d'intégration de services encore à l'état d'invention. Or, les nouvelles règles qui en découlent ne peuvent pleinement être mises en œuvre, en raison de leur faible appropriation et à cause du manque de ressources pour répondre aux besoins des usagers. En effet, l'adaptation des règles aux situations singulières implique une part de jeu chez

les acteurs, mais ce jeu avec les règles nécessite une bonne connaissance de ces dernières, de sorte que l'effet standardisant devant en résulter peut être faible et que l'adhésion des IS à ces règles peut se révéler ambivalente. Dans une certaine mesure, ces nouvelles règles devançant l'ensemble de la réorganisation fonctionnelle des services qui devrait les accompagner, de sorte qu'elles peuvent être difficiles à mettre en œuvre et qu'elles perdent une partie de leur sens et de leur légitimité.

D'une part, les gestionnaires du CSSS produisent de nouvelles règles n'ayant que partiellement l'effet voulu, alors que, d'autre part, les IS les utilisent de manière discrétionnaire. Il en résulte une sorte de cercle vicieux. Ainsi, l'ajout de nouvelles règles, une initiative qui devrait engendrer un mouvement de standardisation, a plutôt l'effet contraire puisqu'elle renforce l'espace de jeu des acteurs. Comme mécanisme de régulation, ces règles peuvent ne pas avoir l'effet espéré dès leur instauration mais elles possèdent néanmoins la capacité d'infléchir le jeu normatif général dans le sens des réformes de 2004, bien que cette capacité soit limitée.

#### *4.3.1.2 Mouvements de standardisation au CSSS B*

Au CSSS B, nous avons vu que l'intégration des services est beaucoup plus avancée qu'au CSSS A. Comme notre analyse documentaire nous l'a montré et comme nous l'avons constaté lors de nos collectes de données, les usages des outils standardisés rattachés au modèle d'intégration de services qui est implanté sont routinisés au CSSS B, ce qui fait que l'intégration des services a engendré à cet endroit une standardisation procédurale dans l'activité des IS. L'enjeu premier de ce mouvement de standardisation consiste non pas à s'approprier de nouvelles règles, mais bien à ajuster, mettre à jour et adapter les directives existantes et les usages des outils standardisés de manière à rendre l'activité des IS plus efficiente dans un contexte d'insuffisance chronique de

ressources humaines et financières sur le plan de la prise en charge l'ensemble des besoins de la population :

*C'est une volonté organisationnelle d'un peu standardiser les pratiques, d'encadrer les interventions, d'éviter les dédoublements peut-être. Mais, surtout, dans un [contexte de] manque de ressources, essayer d'en faire faire plus avec le même monde. Je pense que c'est ça, les gros changements qu'il y a eu. Il y a des difficultés de recrutement, et ça, c'est connu, ce qui fait qu'ils ont alourdi les [charges de cas]. Ils nous demandent d'aller plus loin. (E1-IS5 CSSS B)*

En plus de ce premier mouvement de standardisation, lequel s'inscrit dans une logique de performance managériale, nous avons observé un autre mouvement de standardisation au CSSS B. Ce mouvement, qui a été fréquemment évoqué par toutes les IS que nous avons rencontrées, est lié au fait que le suivi des dossiers des usagers au PALV est réparti entre deux équipes distinctes, soit les IS de l'équipe disciplinaire dédiée et les IS de l'équipe de gestion de cas. Ce mouvement de standardisation porte sur les règles d'attribution et la circulation des dossiers des usagers entre ces deux équipes. Nous avons pu observer que la répartition des tâches respectives incombant aux IS dans chacune de ces deux équipes et les mécanismes de collaboration ou de transfert de dossiers entre ces équipes sont constamment mis à l'épreuve, négociés, voire contestés par les IS, et ce, depuis les premiers pas de la gestion de cas en 2001.

Comme en témoignent les trois extraits qui suivent, l'histoire de la mise en œuvre de la gestion de cas au CSSS B a été traversée par le déploiement de diverses stratégies par les acteurs. Au début de la mise en place de la gestion de cas, les IS de l'équipe des gestionnaires de cas devaient se constituer des charges de cas, ce qui les a amenées à revendiquer la légitimité de leur mandat et de leur action auprès des autres acteurs de l'organisation afin que ceux-ci acceptent de modifier leurs activités pour tenir compte du rôle des IS de l'équipe des gestionnaires de cas et leur déléguer le suivi de certains dossiers d'usager. Par la suite, une fois que la gestion de cas a été

instaurée, un mouvement inverse s'est produit et la gestion de cas a dû se doter de critères d'accès de plus en plus précis pour éviter d'être submergée par la prise en charge des dossiers des usagers que voulaient leur transférer les IS de l'équipe disciplinaire dédiée :

*Au début, quand les gestionnaires de cas demandaient des références [aux IS du SAD régulier], tout le monde gardait ses dossiers [plutôt que de les transférer en gestion de cas]. Puis, à un moment donné, [les IS du SAD régulier] ont décidé qu'[elles] élaguaient. Et là, c'était toutes les jobs qu'[elles] ne voulaient pas faire. [...] tous les dossiers un petit peu trop compliqués qui demandaient un peu trop d'ouvrage, ça [devenait] de la gestion de cas. À un moment donné, on a dit non. On s'est assis, on a réfléchi longtemps en comité [afin de déterminer les cas qui doivent être transférés en gestion de cas]. (E1 IS5 CSSS B)*

Les extraits qui suivent illustrent l'évolution plus actuelle de ce mouvement de standardisation. Étant donné que la gestion de cas est une pratique bien établie au CSSS B, les règles d'attribution et de transfert des dossiers des usagers entre ces deux équipes sont bien connues et globalement appliquées par les IS des deux équipes. Cependant, comme nous l'avons constaté, l'existence d'enjeux cliniques singuliers, conjuguée avec l'insuffisance des ressources pour répondre aux besoins des usagers, font en sorte que les règles d'attribution et de transfert des dossiers ne peuvent pas toujours s'appliquer. Des adaptations permanentes deviennent ainsi nécessaires, mais celles-ci génèrent parfois des divergences de points de vue, voire des tensions, entre les acteurs des deux équipes.

Afin de répondre à ces enjeux, les acteurs décisionnels du CSSS B, avec l'appui des IS de l'équipe de gestion de cas<sup>74</sup>, ont entrepris de clarifier les rôles et les mandats des divers acteurs cliniques du PALV œuvrant dans ce CSSS. Ce mouvement actuel de standardisation procédurale vise à renforcer l'efficacité des actions en soutenant une meilleure coordination entre les acteurs intervenant dans un même dossier d'utilisateur. Toutefois, le caractère général de ces ensembles de

---

<sup>74</sup> Nous avons pu constater cet appui général lors de nos observations. Nous avons également été partie prenante d'un projet de recherche qui s'est déroulé au CSSS B et qui s'est conclu avec la production d'un nouveau cadre de référence de la gestion de cas (Daviau, Couturier et Gagnon, 2014).

règles nécessite qu'elles soient adaptées à certaines situations cliniques singulières :

*C'est quoi qui est la part gestionnaire de cas, et c'est quoi qui est la part de l'équipe disciplinaire dédiée. Comme TS, quand je partage un dossier avec une TS de l'équipe disciplinaire dédiée : «Où est la limite? Qui va faire quelle part? ». (E1 IS6 CSSS B)*

*Le projet de la [coordinatrice clinique] est d'essayer d'avoir une définition de tâche plus claire. Parce que, à la base, il y a des disparités, vu qu'on est plusieurs professions à travailler [en] gestion de cas. Je pense qu'on tend un peu à standardiser tout ça. La travailleuse sociale est là pour faire quoi? C'est quoi les critères? Elle fait quoi? Et le gestionnaire de cas, c'est quoi son rôle et c'est quoi sa définition de tâche? (E3 IS8 CSSS B)*

En principe, les ensembles de règles qui accompagnent ce mouvement de standardisation devraient attribuer l'imputabilité du suivi d'un dossier d'utilisateur à une équipe plutôt qu'à une autre (gestion de cas ou équipe dédiée). Toutefois, la présence de situations cliniques singulières peut brouiller les standards procéduraux découlant de ces règles explicites d'attribution des dossiers. Ainsi, nous avons observé que, dans certaines situations cliniques, les IS soutiennent qu'il est préférable de maintenir une continuité relationnelle avec un usager plutôt que de transférer son suivi à l'autre équipe, et ce, malgré le fait que le profil Iso-SMAF de cet usager prescrive ce transfert. Le but recherché par cette dérogation à la règle est de préserver une relation thérapeutique, et ce, plus particulièrement lorsqu'elle a été difficile à établir entre un usager et l'IS qu'il connaît. Évidemment, l'adaptation des règles à ces situations singulières se révèle encore plus difficile quand les interventions nécessaires sont de nature psychosociale. Or, l'attribution d'un dossier d'utilisateur à une équipe d'IS plutôt qu'à une autre a un effet sur leurs charges de travail respectives. Étant donné que toutes les IS doivent composer avec une charge de travail qu'elles considèrent très importante et que la présence de listes d'attente exerce une pression collective sur elles en les rendant en partie imputables de son allègement, il paraît légitime pour les IS d'en appeler, selon les circonstances, soit à l'application formelle des règles prescrivant l'attribution des dossiers d'utilisateurs, soit à l'interprétation circonstanciée de ces règles

en fonction de la configuration de la situation singulière. Ainsi, le jeu demeure encore très présent, même dans le contexte standardisé.

Nous venons de montrer que les deux CSSS à l'étude sont animés par des mouvements de standardisation qui leur sont propres et qui découlent d'une configuration singulière de contraintes, de structure organisationnelle, et de projets, et que ces mouvements modulent le rapport général des IS à la standardisation, notamment quant à leurs stratégies de jeu avec les ensembles de règles. Dans la continuation de notre réflexion sur ces mouvements de standardisation, nous analyserons un cas particulier. Précédemment, nous avons affirmé qu'une règle peut exister dans une organisation tout en demeurant une prescription virtuelle et, par la suite, devenir une prescription incontournable en raison d'un changement de contexte, tout en permettant un jeu quant à sa mobilisation ou non en situation. Les entretiens que nous avons réalisés nous ont conduits à examiner un événement dans l'activité des IS, qui correspond à ce cas de figure. Cet événement se présente comme un vecteur de standardisation dont nous n'avions pas saisi l'intérêt heuristique *a priori*. Au sens de l'ergonomie cognitive, il correspond à ce que Clot et Leplat appellent un événement ou incident critique<sup>75</sup> (2005).

#### *4.3.1.3 Les visites d'agrément comme vecteur d'un mouvement de standardisation local*

Cet événement critique correspond à la visite trisannuelle de l'instance de certification Agrément

---

<sup>75</sup> Les incidents critiques nous montrent des dysfonctionnements au sein d'une organisation, pour lesquels les routines, les usages habituels des règles, s'avèrent inefficaces ou inadaptés. En ce sens, ils représentent des moments cruciaux pour mettre à jour et analyser les processus cognitifs qui guident les acteurs. Le caractère routinier de certaines activités ou de certains usages peut faire en sorte que ces processus cognitifs deviennent, en quelque sorte, invisibles dans l'activité en raison de leur trop forte incorporation par les acteurs qui réalisent ces activités. Or, lors de la survenue d'événements critiques, les routines ou les règles qui guident l'action ne peuvent pas s'appliquer. Ainsi, l'analyse de ces événements permet de « voir » les règles à l'œuvre.

Canada, un organisme qui évalue la qualité des services de santé offerts à la population selon des ensembles de normes d'excellence prédéfinies<sup>76</sup>. Bien que la visite d'Agrément Canada se fasse à échéance fixe et qu'elle soit par le fait même prévisible, nous avons constaté que cette démarche bousculait les routines établies dans l'activité des IS dans les CSSS observés. C'est en raison de leur caractère perturbateur que nous les avons qualifiées d'évènements critiques.

Le MSSS oblige les divers établissements de santé et de services sociaux du Québec à faire évaluer la qualité de leurs services selon des échéances prédéterminées. À la suite de ces visites, Agrément Canada délivre un certificat aux organisations de santé qui répondent, sinon à tous, du moins à un nombre minimal de standards fixés par l'organisme. Or, la démarche de certification en lien avec la visite d'Agrément Canada s'est traduite par un mouvement de standardisation significativement distinct entre les deux CSSS. Alors que cet épisode apparaît presque routinier au CSSS B, il a véritablement constitué un événement critique au CSSS A. Pour comprendre l'effet particulier de la visite d'Agrément Canada sur l'activité des IS, il importe de savoir que le CSSS A n'avait pas réussi à obtenir son certificat lors de la précédente visite et qu'il bénéficiait d'une période de grâce pour se conformer a minima aux règles édictées par l'organisme :

*La peur. C'était le bordel. Mon Dieu! On s'y est pris bien trop en retard, nous autres, notre organisation. [...] On le sait que ça fait longtemps qu'il faut qu'on fasse ça de même, mais, tout d'un coup, il faut être parfait partout. [...] il faut que tes plans d'intervention soient faits, que tes consentements soient signés, que tu mettes tes notes à jour. [...] Il fallait tout*

---

<sup>76</sup> Agrément Canada définit les principes de base de l'agrément comme suit : « L'agrément est une démarche qu'utilisent de nombreux organismes de soins de santé et de services sociaux [...]. Les organismes ont recours à notre programme pour déterminer là où ils réussissent et là où ils pourraient faire mieux, et ils apportent les améliorations nécessaires en fonction des résultats obtenus. Des pairs vérificateurs, appelés visiteurs, se rendent dans l'organisme tous les quatre ans pour évaluer dans quelle mesure il répond aux normes, pour partager leurs connaissances et pour émettre des recommandations. Agrément Canada évalue ensuite les résultats de cet examen par des pairs pour décider si l'organisme obtient l'agrément. Il lui fournit un rapport d'agrément qui fait état de ses points forts et de ses possibilités d'amélioration. L'organisme utilise le rapport pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action et poursuit ainsi son cycle continu d'amélioration de la qualité. » (Agrément Canada, 2013)



*faire ça, mais, en même temps, les demandes rentraient, et il fallait que tu t'occupes de tes clients. (E1 IS2 CSSS A)*

*Quand on parle d'agrément, tout le monde est désagrémenté [sic] parce que ça vient déstabiliser un peu tout le monde parce qu'on sait qu'on va se faire évaluer. Puis, se faire évaluer égale une cote, puis égale budget. C'est sûr que tout le monde a un petit peu le stress. C'est de reprendre un peu la bible, puis de revoir nos normes. (E1 IS3 CSSS A)*

*Je ne sais pas si ça a changé beaucoup de choses sur les pratiques, mais ça a brassé beaucoup. Les gens se sont assis pour réviser plein de choses qui avaient été mises de côté depuis longtemps et qui auraient dû être mises à jour. [...] Par exemple, les plans d'intervention n'étaient pas faits dans les dossiers. Dans plusieurs dossiers, les notes d'évolution étaient en retard de plusieurs mois pour plusieurs intervenants. (E1 IS1 CSSS A)*

Au CSSS A, le mouvement de standardisation engendré par la visite d'Agrément Canada s'est traduit par une intense activation de la régulation de contrôle, qui consistait moins à rappeler des règles connues qu'à mettre ou à remettre en place des règles qui étaient pour une large part demeurées virtuelles. Toutefois, le moteur de l'activation de ces règles est moins leur légitimité que la menace de sanctions. De ce point de vue, la régulation de contrôle locale est l'objet d'une régulation de contrôle nationale. Toutefois, ce n'est pas tant la légitimité des règles elles-mêmes qui est remise en cause, surtout qu'elles se situent le plus souvent en phase avec les principes de la réforme de 2004 et leurs suites en termes de reddition de compte ministérielle, que leur application à la lettre. La visite d'Agrément Canada a amené des négociations entre la direction du CSSS A et les IS, mais ces négociations semblent avoir moins porté sur une adaptation des règles qui auraient permis une appropriation et un usage plus routinier que sur des stratégies visant à faire en sorte que le collectif puisse démontrer à un acteur externe à l'organisation, en l'occurrence l'équipe d'Agrément Canada, qu'il respecte bien ces règles. Afin d'y parvenir, les acteurs décisionnels du CSSS A ont autorisé une certaine transgression dans le fonctionnement habituel de l'organisation :

*[On] a fait full d'overtime tout le monde pour pouvoir répondre à l'agrément pour qu'on ait l'air correct, mais, un coup passé, on revient à la normale (E1 IS2 CSSS A).*

Ainsi, on peut considérer qu'une certaine forme de régulation conjointe a résulté de la visite d'Agrément Canada mais que cette régulation semble avoir moins pris la forme d'un ajustement plus ou moins pérenne de règles découlant d'une régulation de contrôle interne à l'organisation visant à renforcer leur usage dans l'activité que d'une négociation débouchant sur une forme de régulation conjointe *ad hoc* visant à démontrer l'usage de ces règles face à une régulation de contrôle externe. Gestionnaires du CSSS et intervenantes sont alors pour un temps du même côté du jeu. Cependant, on peut avancer l'hypothèse qu'au CSSS A, le fait d'entrer dans un processus extrinsèque de standardisation, même pour « faire comme si », a eu pour effet d'engager, certes avec retard, un certain mouvement de standardisation qui va dans le sens de la réforme de 2004.

Toutefois, dans un premier temps du moins, le moteur du mouvement de standardisation qui accompagne la visite d'Agrément Canada repose moins sur un renforcement de la légitimité et du sens de la règle que sur la menace de sanctions. L'extrait qui suit traduit le point de vue de l'IS à propos de la mobilisation des ressources au CSSS A pour passer à l'examen. Selon l'intervenante en cause, trop de ressources auraient été mobilisées pour montrer que l'activité prend forme selon les règles au détriment de la mise en œuvre de moyens d'action qui pourraient engendrer un mouvement plus durable :

*Il y a beaucoup d'argent qui a été mis là-dedans [...]. J'ai l'impression que ça a coûté une beurrée, et là, il faut qu'ils coupent. D'après moi, ils ramassent l'argent pour le projet de l'agrément pour qu'on ait du temps supplémentaire pour faire des notes. (E1 IS4 CSSS A)*

Comme nous l'avons affirmé plus haut, la visite d'Agrément Canada a sensiblement moins bousculé l'activité routinière des IS du CSSS B que celle des IS du CSSS A. mais elle a tout de

même été le moteur d'une réactivation dans l'usage des règles découlant de la régulation de contrôle, observable par le mouvement de standardisation que nous évoquons ici :

*On va avoir un briefing sur quoi répondre et quoi ne pas répondre. Je trouve ça drôle. Ce n'est pas dit comme ça, mais on nous a dit que l'agrément passait [...]. On devrait en temps normal être capable de bien répondre, mais, pour s'assurer de ça, ils vont faire une rencontre; on va être convoqués pour une rencontre pour faire juste un petit refresh, justement, sur les protocoles qu'on aurait peut-être pu mettre dans notre filière. (E1 IS8 CSSS B)*

*Je ne suis pas dupe : si l'agrément ne venait pas cet automne, on ne parlerait pas de ça. [...] On sait que l'agrément s'en vient, ça fait qu'on te dit : « Ah! Révisez telle affaire. Révisez tel protocole. Surveillez les courriels. Faites attention; ils vont peut-être vous aborder dans le corridor. Ils vont vous poser des questions. Soyez honnête, mais faites attention. » (E1 IS6 CSSS B)*

Plus encore que pour les acteurs du CSSS A, le mouvement de standardisation qui vient avec la visite d'Agrément Canada au CSSS B amène les acteurs à se mobiliser afin de se conformer plus directement « à la forme » des règles émanant d'une régulation de contrôle qui se présente comme étant partiellement hétéronome à l'organisation et, en ce sens, la régulation conjointe qui en résulte se traduit en stratégies collectives visant à démontrer la « connaissance » des règles. Mais ce jeu de « faire comme si » s'effectue dans un style différent du CSSS A : il s'agit de masquer pour un temps la part de jeu qui découle d'une régulation conjointe partiellement autorisée, avec des règles qui sont connues mais qui peuvent peu à peu être devenues implicites en raison de leur caractère routinier et en partie incorporé. Ainsi, les visites d'accréditation ont pour effet de rappeler périodiquement aux IS les règles provenant de la régulation de contrôle que l'usage tend à édulcorer au fil de situations inusitées et des appropriations singulières. Ainsi, le mouvement de standardisation accompagnant la visite d'Agrément Canada au CSSS B se traduit moins dans une logique d'action visant la pérennisation de l'usage des règles dans l'activité des IS que dans une logique d'action visant à montrer à un tiers externe l'observance des règles, ce qui a pour effet de rappeler ces règles à l'interne et de ramener l'espace de jeu que s'octroie les IS

dans les limites prévues par lesdites règles.

Bien que la visite d'Agrément Canada ait donné une certaine impulsion au mouvement de standardisation dans les deux CSSS, la pérennité des changements qui en a résulté dans les usages paraît beaucoup moins claire pour les IS :

*On a eu un bourrage de crâne de standardisation avec l'agrément qui vient de passer. On a oublié à 90 %, on en avait tellement. [Mais] il n'y a pas grand-chose qui a changé depuis. [...] On n'a pas eu de pression de [nos supérieurs hiérarchiques]. C'est sûr que ça m'a marquée quand même un peu, l'agrément. Quand ils vont revenir, j'ai fait mes plans d'intervention dans pas tous les dossiers, mais presque. Les autorisations, les consentements, avant, je les faisais peu signer; maintenant, je les fais signer dans presque tous mes dossiers. Ça fait que j'ai pris un nouveau beat [...] mais je n'ai pas l'impression que ça a changé de quoi dans les têtes des autres [IS]. (E3 IS2 CSSS A)*

*Il y a beaucoup de protocoles que [l'agente de coordination clinique] nous envoie en lien avec l'agrément. [...] Quand l'agrément passe, on est inondés de protocoles, de toutes sortes de feuilles [...]. Très honnêtement, j'en lis la moitié. Je les imprime tous, je les regarde tous, grosso modo, de biais, et ceux qui m'intéressent, je vais les approfondir; ceux que je trouve qu'on n'utilisera pas vraiment, je vais les classer, et ils vont rester là. (E1 IS8 CSSS B)*

*En rencontre d'équipe, j'ai soulevé que je souhaitais qu'il y ait une continuité à ça, qu'on ne s'arrête pas à la prochaine révision d'agrément en disant : « Où est-ce qu'on est? Vite! Vite! Vite! Vite! Il faut courir, toc, toc, toc, toc, toc, toc, pour rattraper le temps perdu. » [...] « Quel moyen va être mis en place pour assurer que ces intervenants-là, dans l'avenir, vont être en mesure de faire leurs notes d'évolution à jour et vont être en mesure de faire leurs plans d'intervention? On a fait un blitz, ça a bien paru, mais il faut aussi leur donner des moyens de s'assurer de... ». (E1 IS1 CSSS A)*

À la lumière de ce qui précède, il serait erroné d'affirmer que le mouvement de standardisation résultant de la visite d'Agrément Canada n'engendre aucune forme de standardisation procédurale dans l'activité des IS puisqu'il engage certains changements dans les pratiques individuelles (comme le montrent les extraits surlignés qui précèdent) même si l'écart entre les règles édictées et leur usage dans l'activité demeure important et que le locus de la motivation au changement semble dans un premier temps très externaliste. Toutefois, cette standardisation ne

prend ni totalement la forme d'une régulation de contrôle qui s'impose par son caractère coercitif ou une légitimité forte, ni totalement celle d'une régulation autonome émergente selon laquelle les IS aménageraient ces règles selon leurs priorités propres. On peut considérer que ce repli des IS sur une régulation partiellement autonome constitue une forme de régulation conjointe pour la direction du CSSS parce que l'affirmation forte d'une régulation de contrôle n'est pas une stratégie possible en raison de l'insuffisance des ressources disponibles. En ce sens, on peut émettre l'hypothèse que la flexibilité dont fait preuve la direction des deux CSSS relativement au respect des règles imposées par Agrément Canada découle d'une logique de compromis raisonnable, dont le principe premier, celui de l'efficacité de l'activité d'intervention des IS, est partagé entre les acteurs. Le principe définitoire de cette efficacité est cependant modulé à la réalité de chacun des deux cas, à savoir par la priorité donnée à la réduction des listes d'attentes au CSSS B et par la nécessité d'obtention l'agrément au CSSS A.

#### ***4.3.2 Les outils d'évaluation : le cas de l'OEMC***

Comme nous l'avons expliqué plus haut, notre examen de l'activité de travail des IS ne nous a permis de relever qu'un seul outil standardisé dont l'usage est significatif pour l'ensemble des acteurs et correspondant à notre conception initiale, soit l'OEMC :

*C'est le seul qu'on utilise; qu'on utilise vraiment couramment, c'est celui-là. (E1 IS7 CSSS B).*

En effet, l'OEMC est utilisé régulièrement par les acteurs des deux CSSS à l'étude. On le comprend, l'action de remplir un outil d'évaluation standardisé tel que l'OEMC représente une activité non seulement clinique, parce qu'elle fait appel à l'expertise et au jugement professionnel des IS pour collecter des informations biopsychosociales auprès des usagers tout en tenant compte de leur situation singulière, mais aussi procéduro-administrative en raison de l'ensemble des activités génériques de rédaction et de mise en forme nécessaires à leur remplissage. D'un

CSSS à l'autre, les contextes organisationnels dans lesquels il est fait l'usage de l'OEMC, le niveau d'appropriation de ses différentes composantes et les types d'activités cliniques dans lesquels l'OEMC est davantage mobilisé divergent sensiblement. Dans un premier temps, nous présenterons les constats spécifiques à chacun des CSSS, puis nous analyserons de manière transversale le rapport qu'entretiennent les IS aux catégories conceptuelles inscrites dans les fondements de l'OEMC ainsi que l'effet de ces catégories conceptuelles sur l'activité des IS.

#### *4.3.2.1 L'usage de l'OEMC au CSSS A*

L'outil d'évaluation OEMC a été implanté au CSSS A lors des fusions découlant de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux et services de santé et des services sociaux* en 2004. Cet instrument a été utilisé en format papier jusqu'à son informatisation en 2010, au moment de l'implantation du système d'information continue sous la forme de la plateforme informatique RSIPA. Pendant plusieurs années, l'usage de l'OEMC par les IS est demeuré circonscrit à certains champs d'activité précis puisqu'il n'était employé que lors de démarches procéduro-administratives accompagnant une demande d'hébergement en milieu de vie institutionnel d'un usager. Même s'il est conçu pour un champ d'activité beaucoup plus vaste, l'usage actuel de l'OEMC, tel que nous l'avons observé, demeure encore restreint<sup>77</sup>:

*Moi, je les fais presque juste dans les changements de milieu de vie. (E1 IS4 CSSS A)*

Une fois complété, l'OEMC permet de calculer le profil Iso-SMAF d'un usager, profil qui devrait par la suite être utilisé comme critère pour donner accès à certains services tels que le centre de jour et l'hébergement en milieu de vie institutionnel comme les RI ou les CHSLD. En outre, le

---

<sup>77</sup> Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer avec certitude les raisons historiques de cet usage circonscrit de l'OEMC. Toutefois, certains acteurs locaux nous fournissent des pistes d'explication plausibles. En fait, lors de l'introduction de l'OEMC, ce dernier avait été présenté comme un outil remplaçant un formulaire plus ancien, soit le formulaire de classification par types en milieu de soins et services prolongés (CTMSP). Ce document qui devait être complété par le médecin lors d'une demande d'hébergement en milieu institutionnel. En ce sens, la fonction antérieure du CTMSP semble s'être maintenue dans l'usage avec l'introduction de l'outil OEMC. Ce dernier est appelé familièrement « l'outil » par les IS du CSSS A.

remplissage d'un OEMC devrait conduire les IS à rédiger un plan d'intervention afin de répondre aux besoins décelés lors de l'évaluation. Toutefois, les profils Iso-SMAF ne sont diffusés que depuis peu de temps au CSSS A, de sorte que leur usage par les IS y est encore très limité et que ces catégories cliniques que l'on retrouve dans le système de profils Iso-SMAF sont en concurrence avec un système de catégories conceptuelles préexistantes qui se fonde sur le calcul du temps requis journallement pour répondre aux besoins d'une personne, communément appelé nombre d'heures-soins.

Nos observations nous ont permis de noter que l'usage des profils Iso-SMAF demeure encore extrêmement limité, souvent réduit à une fonction de critères administratifs de prise de décision. Nous avons constaté que les IS n'utilisent pas les profils Iso-SMAF pour concevoir et organiser leur activité clinique, de sorte que les catégories conceptuelles qui y sont associées ne se traduisent ni dans leurs pratiques langagières, ni comme composantes cliniques pour planifier et concevoir leur intervention. En outre, bien que les profils Iso-SMAF soient prescrits par le CSSS comme critère d'accès à des places en hébergement institutionnel et qu'ils soient mentionnés explicitement lors des réunions hebdomadaires du mécanisme d'accès à l'hébergement, nous avons observé que la terminologie heures-soins se maintenait dans les usages langagiers des IS :

*Il y a le centre de jour, où [l'usage des profils Iso-SMAF] s'en vient. [...] Pour l'hébergement, ils ont encore le nombre d'heures-soins, mais il faut dire notre profil. À un moment donné, on veut parler juste en termes de profils. (E1 IS1 CSSS A)*

Même si les nouvelles règles associées au mouvement de standardisation en cours au CSSS A prescrivent une utilisation systématique de l'OEMC, il subsiste encore un écart important entre les prescriptions en rapport avec son usage systématique et son appropriation par les IS :

*On serait supposé en faire un dans chaque dossier, mais, à la vitesse que les demandes arrivent, ils savent bien qu'on n'est pas des machines non plus. (E1 IS2 CSSS A)*

La prégnance de cet usage circonscrit et conceptuellement réducteur de l'OEMC et des profils Iso-SMAF se traduit chez les IS dans une représentation de l'activité de remplissage de l'OEMC comme étant une entrave à l'efficacité de leur travail; elles perçoivent que cet instrument est plutôt destiné à un usage strictement administratif et donc qu'il est doté d'une pertinence clinique limitée. Néanmoins, l'usage actuel de l'OEMC par les IS traduit leur ambivalence relativement à sa pertinence clinique, comme nous le montrent les deux citations suivantes :

*Quand [ma coordinatrice clinique m'assigne un nouveau dossier d'usager], je suis comme toute contente. À ce moment-là, j'aime ça, faire l'outil, ça m'aide à comprendre c'est qui, cette personne-là. (E1 IS2 CSSS A)*

*Quand c'est un dossier que ça fait longtemps que j'ai [plusieurs mois, voire des années], que je n'ai jamais fait l'Outil d'évaluation multicientèle, et que là, j'ai l'outil à faire, par exemple, [...] pour le centre de jour, bien, je n'ai pas vraiment besoin de l'outil multicientèle pour te dire que je le verrais là, le client. C'est comme un irritant. Je me sens une fonctionnaire parce que je remplis un papier pour le remplir. (E1 IS2 CSSS A)*

Dans le premier extrait, la pertinence clinique de l'outil réside dans sa capacité à appréhender la singularité d'une situation clinique, faisant en sorte de prolonger le jugement professionnel de l'IS, mais cette pertinence clinique demeure très circonstanciée et assujettie au jugement professionnel de cette intervenante. Dans la deuxième illustration, cette capacité d'appréhension de la singularité d'une situation clinique par l'outil est considérée nulle, de sorte que sa valence clinique disparaît au profit d'une perception exclusivement procéduro-administrative de l'OEMC. Comme nous avons pu le voir sur le terrain, l'usage des OEMC par les IS du CSSS A s'avère plutôt morcelé, ce qui est congruent avec l'ambivalence qu'elles démontrent face à la pertinence d'utiliser cet outil. Ainsi, le temps consacré au remplissage de l'OEMC ne leur apparaît pas toujours justifié par les gains qu'elles peuvent directement escompter de son usage. En somme, loin de s'inscrire dans une séquence d'activités imposant une standardisation procédurale de l'intervention, les deux citations précédentes laissent voir plutôt un usage profondément inscrit dans la logique d'une régulation autonome dont le principal moteur est l'efficacité perçue. Dans



ce contexte, la capacité de jeu des IS semble grande, au point qu'elle contredit l'intention de la réforme et les principes promus par les modèles d'intégration de services.

Nous constatons que même si elles sont encore rattachées à un usage circonstancié, les représentations de la pertinence clinique de l'OEM traduisent néanmoins une certaine forme de standardisation de l'activité d'évaluation puisque l'usage de l'OEMC amène les IS à examiner systématiquement l'ensemble des dimensions bio-psycho-sociales inscrites comme catégories conceptuelles dans chacun des items qui constitue l'OEMC. Ainsi, la lecture des situations cliniques singulières se trouve colorée par ce passage obligé à travers l'ensemble des catégories conceptuelles inscrites dans l'OEMC. En ce sens, nous considérons que son usage engendre potentiellement une triple standardisation dans le processus d'évaluation : tout d'abord une standardisation procédurale, parce qu'il inscrit l'activité d'évaluation comme l'une des étapes d'un parcours systématique répondant à un plan d'ensemble, ensuite une standardisation terminologique, car il impose un lexique faisant office de nosographie pour concevoir la situation singulière d'un usager, et enfin une standardisation conceptuelle, étant donné que les formes de standardisation précédentes s'inscrivent à des principes d'action transversaux tels l'intégration des services ou l'autonomie fonctionnelle. En ce sens, la standardisation conceptuelle correspond à une technologie au sens où la conçoit Néglise.

Nous avons vu que l'usage actuel de l'OEMC par les IS comporte une valence positive et traduit la volonté de ces dernières de faire en sorte que leur action, telle qu'elles la perçoivent, tende vers l'efficience, d'où un usage circonscrit à des activités spécifiques (par exemple, un nouveau cas, une relocalisation, etc.). Comme nous le montrent les trois extraits d'entretien figurant ci-dessous, cette valence positive peut se décliner sous plusieurs formes. Dans le premier cas de

figure, les IS prolongent leur jugement professionnel en l'alimentant avec l'OEMC, qui soutient un travail réflexif de mise à distance de la situation clinique :

*Quand je suis mêlée, je fais l'OEMC [...] quand je ne suis pas trop sûre, je fais l'OEMC. Ça m'aide à mieux voir parce qu'il y a comme trop d'informations en même temps. Le fait de les coucher sur papier, ça va m'aider à mieux voir et à mieux cibler [...] je le prends comme un outil pour m'aider dans mon jugement. (E1 IS2 CSSS A)*

Le deuxième cas de figure relate une situation dans laquelle une IS découvre une situation d'abus sexuel d'une usagère par son conjoint assumant le rôle de proche-aidant. Or, l'un des items de l'OEMC qui est le plus souvent éludé par les IS lors de la collecte de données concerne la sexualité des personnes (item 8 de la section sur la situation psychosociale). Comme l'explique l'intervenante, c'est parce qu'elle a abordé cette dimension du vécu de l'usagère qu'elle a pu mettre à jour cette situation de maltraitance de nature sexuelle. Dans cette situation, la valence positive de l'OEMC réside principalement dans la standardisation procédurale qu'il produit en instruisant un passage obligé par l'ensemble des items inscrits dans l'OEMC :

*Ça t'oblige à tout regarder. Il y a des éléments que tu n'aurais pas évalués et que tu aurais dû évaluer. [...] C'était au niveau de la sexualité. La madame, je lui posais des questions; j'étais rendue à la fin du document, il fallait que je pose la question avec laquelle on est le plus mal à l'aise. Mais, le pire, c'est que son mari était dans l'autre pièce, couché sur le divan, et elle me disait : « Il m'oblige à avoir des relations avec lui. » Ça a été comme : « Là, on a déterré quelque chose. » Mais, si je n'avais pas fait l'OEMC, jamais, jamais je n'aurais posé cette question-là; ça ne me serait même pas venu à l'idée. Ça fait que toutes les interventions après avaient lieu par rapport à ça parce que, dans le fond, il avait aussi abusé de tous ses enfants, ça fait que c'était comme fort, on avait déterré de quoi de gros. (E1 IS2 CSSS A)*

Comme l'illustre cette situation, l'usage de l'OEMC par l'IS amène une certaine standardisation procédurale du processus d'évaluation, qui tend à être plus systématique et qui conduit l'IS à examiner un domaine intime, proche du tabou, de la situation singulière de l'usagère.

Dans le troisième cas de figure, la valence positive de l'OEMC réside à la fois dans sa capacité de standardisation terminologique et en sa qualité de technologie, en inscrivant l'activité des IS à

une logique d'ensemble qui détient une cohérence propre :

*L'outil d'évaluation multiclientèle, ça cadre mon intervention, je suis capable d'identifier où sont les besoins du client. Je ne peux pas juste dire qu'il va bien ou qu'il va mal, que la situation est détériorée parce que monsieur a tel problème de santé et que ça lui amène des difficultés à tel, tel et tel niveaux ou que ça lui amène des handicaps à tel, tel et tel niveaux. J'ai un discours pas mal plus professionnel et précis que ça va bien ou ça va mal. (E1 IS1 CSSS A)*

Dans cette situation, l'outil standardisé impose un lexique pour concevoir et nommer la situation singulière, il donne des mots pour nommer les maux de l'utilisateur; en d'autres termes, il permet à l'IS de traduire la singularité d'une situation clinique en médiant sa mise en mots selon un système terminologique, une nosographie réputée plus rigoureuse. Or, l'IS considère que l'usage de cette nosographie contribue à renforcer sa professionnalité. En outre, l'usage de l'OEMC amène les IS à concevoir leur activité d'intervention à la lumière des principes d'action inscrits dans les fondements de l'outil standardisé. Ici, le rapport à la standardisation est positif, dans le sens où il permet d'accéder à une professionnalité reconnue, comme le laisse entendre la partie soulignée de l'extrait.

De manière plus globale, l'appropriation de l'OEMC et des profils Iso-SMAF dans l'activité des IS du CSSS A traduit un effritement de la représentation procéduro-administrative dans laquelle elles avaient auparavant cantonné leur usage au profit d'un usage plus large. Les deux extraits qui apparaissent plus bas présentent le point de vue d'une IS du CSSS A qui était particulièrement engagée dans l'appropriation de l'OEMC et des profils Iso-SMAF<sup>78</sup>. Le premier est relatif à son usage de l'OEMC alors que le deuxième illustre son usage des profils Iso-SMAF :

*Je pense qu'on est dans un cheminement. Je trouve ça intéressant vers où on s'en va, je trouve que ça donne un sens au travail qu'on fait. Nous demander de remplir l'outil [OEMC], si on nous dit de le remplir de la façon la plus rigoureuse possible [et] qu'on n'y trouve pas de sens à être rigoureux, bien, pourquoi on le ferait? Éventuellement, ça va*

---

<sup>78</sup> Cette IS est la seule du CSSS qui affiche un tableau des profils Iso-SMAF dans son bureau.

*nous amener à donner une couleur à notre intervention, et moi, j'ai confiance en ça. J'ai le goût que ça s'en aille vers là, et c'est pour ça qu'on dirait que j'essaie déjà de l'appliquer. (E1 IS1 CSSS A)*

*[Les profils Iso-SMAF,] ce n'est pas quelque chose encore qui est concret pour tout le monde; même pour le [mécanisme d'accès à l'hébergement]. C'est à force d'en voir, mais on ne l'a pas encore assez vu. Pour moi, c'est encore du chinois. [...] J'ai mes petits groupes, et j'essaie de me donner une idée un peu sur ça veut dire quoi un profil 10 et ça veut dire quoi un profil 8. Quand on va arriver là, il me semble que je vais avoir déjà une tête. [...] c'est sûr qu'on n'est pas rendu loin par rapport à l'implantation des profils Iso-SMAF, de s'en servir, mais je vois qu'on tend [à] les utiliser d'une façon un peu plus large que ce qu'on fait présentement, ça fait que ça devient intéressant. (E1 IS1 CSSS A)*

Comme le montrent les passages soulignés dans les deux citations qui précèdent, l'usage plus ou moins contraint de ces nouveaux outils standardisés se transforme avec leur appropriation progressive par l'IS. L'on constate que cet usage prend sens progressivement dans l'activité de l'IS. À l'aune de l'ensemble des illustrations de l'usage que nous avons évoquées dans le cas du CSSS A, l'on peut penser que l'appropriation de ces outils amène les IS à les considérer comme étant davantage légitimes et efficaces.

En conclusion à notre exposition du rapport des IS à l'usage de l'OEMC au CSSS A, nous pouvons postuler que l'usage de l'OEMC peut engendrer plusieurs formes de standardisation dans l'activité des IS. Toutefois, en raison du faible degré d'appropriation de l'OEMC parmi les IS du CSSS A, cette capacité était en constitution au moment de nos observations. Toutefois, la capacité de standardisation de l'OEMC ne doit pas être conçue selon une logique mécanique étroite. Il serait réducteur et simpliste d'associer l'usage de l'OEMC à un effet univoque sur l'activité des IS. L'ensemble des données que nous avons colligées nous montre plutôt que les IS du CSSS A considèrent que l'usage des OEMC peut tout à la fois soutenir leur jugement professionnel dans certaines circonstances et constituer une entrave à l'efficacité de leur action dans d'autres situations. En ce sens, pour ce qui est de l'usage de l'OEMC au CSSS A, le rapport

des IS à la standardisation ne peut se résumer à une logique exclusivement philique ou phobique. Cela montre la pertinence de mettre en œuvre une analyse nuancée de ce rapport.

#### 4.3.2.2 L'usage de l'OEMC au CSSS B

Nous avons vu que l'usage de l'OEMC dans l'activité peut provoquer une triple standardisation dans le processus d'évaluation. Au moment de notre collecte de données, ce mouvement de standardisation s'incarnait dans des usages encore embryonnaires et circonscrits dans l'activité des IS au CSSS A. Comme l'OEMC occupe une place beaucoup plus substantielle dans l'activité des IS du CSSS B, nous pouvions supposer que les formes de standardisation résultant de son usage se présentent selon des configurations différentes de celles que nous avons observées au CSSS A. En effet, au CSSS B, l'OEMC, et particulièrement les composantes SMAF et les profils Iso-SMAF, représentent des outils centraux et omniprésents dans les pratiques des acteurs du CSSS B. L'usage qu'elles font de l'OEMC et des profils Iso-SMAF est routinier et quotidien comme instrument tant pour évaluer, comprendre et traduire la situation clinique singulière d'un usager que pour penser et planifier les diverses séquences d'actions de l'activité d'intervention, et ce, à partir de l'évaluation jusqu'à la mise en place des services :

*On s'y réfère constamment. Hier, par exemple, je suis allée à une rencontre multi à l'hôpital de jour pour une de mes clientes. On m'a demandé de présenter la partie psychosociale ; je n'avais pas l'OEMC avec moi et j'ai pris panique : « Ah! Mon Dieu! Je n'ai pas mon OEMC avec moi. » Le cœur est là. Tellement on s'y réfère tout le temps. (E1 IS7 CSSS B)*

*Je suis quelqu'un qui a besoin de m'approprier un dossier et que ça passe par l'OEMC. Si on m'assigne un nouveau patient, que ça fasse deux ans ou que ça fasse quatre mois qu'il ait eu le dernier OEMC, c'est sûr que je le refais. C'est écrit dans le ciel : il n'y a rien qui va faire que je ne referai pas une évaluation. L'appropriation du dossier, ça passe par là. [...] Dans mon fonctionnement, tant que je ne l'ai pas rédigé, je ne le retiendrai jamais, je n'apprendrai jamais ce que j'en ai écrit; les choses que j'ai apprises du fonctionnement, il faut que ce soit moi qui l'écrive. (E1 IS6 CSSS B)*

Comme nous l'avions montré pour le CSSS A, les deux extraits qui précèdent illustrent de quelle

manière les IS utilisent OEMC pour appréhender la singularité d'une situation clinique, à cette différence près que, pour le CSSS B, ce rôle est transversal à l'ensemble de leurs contextes de pratique et non plus circonstancié. L'omniprésence des profils Iso-SMAF dans l'activité des IS du CSSS B se manifeste à plusieurs moments du processus d'intervention en raison de l'intégration des profils Iso-SMAF comme critères de décision au sein des mécanismes d'allocation de services des CSSS, de sorte que la capacité de standardisation procédurale en grande partie virtuelle au CSSS A s'affirme nettement dans les usages des IS du CSSS B :

*Le SMAF oriente tout. C'est le cœur parce que ça oriente tout. En fait, ce n'est pas tant l'OEMC, c'est la partie SMAF qui oriente [...]. Le profil Iso-SMAF oriente la personne au niveau de l'hébergement, si elle va être admissible à telle ou telle place : si elle est de tel ou tel profil, elle a droit à telle ou telle affaire. (E1 IS6 CSSS B)*

*Quand je vais demander un hébergement permanent, il faut qu'il rentre dans ce chiffre-là. Quand on va aller [au mécanisme d'accès à l'hébergement] : « Mais, il est profil 7, et il a déjà un bain, bla-bla-bla », ça fait que là, on va se fier un peu au chiffre. (E1 IS8 CSSS B)*

Tout au long de nos observations, nous avons assisté à de nombreux échanges téléphoniques entre intervenantes de différentes disciplines durant desquels le profil Iso-SMAF donné était au centre des discussions. Dans ces situations, le profil Iso-SMAF se présentait comme un des principaux points des échanges entre les acteurs concernant la situation singulière d'un usager, malgré leur appartenance à des champs disciplinaires différents.

Dans l'activité des IS, les profils Iso-SMAF agissent comme un interlangage porteur de médiation qui leur ouvre un champ de représentations partagées pour concevoir une activité d'intervention, dans laquelle l'interdépendance des diverses composantes est alors mieux prise en considération :

*C'est l'outil dans ma pratique qui est le plus limitant parce qu'il ne finit pas avec un contenu subjectif, il finit avec un chiffre. [...] Je m'en plains, mais, toutes les autres fois de l'année où je fais juste voir un profil, je sais quelle attitude adopter quand je m'en vais voir quelqu'un à domicile parce que je me dis que c'est quelqu'un plus avec des*

*difficultés physiques ou cognitives. (E1 IS6 CSSS B)*

Ainsi, l'usage des profils Iso-SMAF inscrit l'activité d'intervention dans un mouvement de standardisation à la fois terminologique, conceptuelle et procédurale. Cette dernière s'est avérée particulièrement prégnante lors de certaines de nos observations. Par exemple, nous avons pu observer que les IS établissaient parfois le profil Iso-SMAF d'un usager en ayant recours à une procédure de remplissage à blanc. Cette procédure consiste à compléter ou à réviser les cotes d'un SMAF plus ancien à la main sur un formulaire papier, au lieu de se servir du formulaire électronique sur la plateforme informatique RSIPA. Les IS évaluent chacun des items du SMAF à la lumière des informations cliniques les plus récentes de l'usager. Après avoir complété ce nouveau SMAF sur format papier, elles en transmettent chacune des cotes par courriel à une secrétaire qui, à l'aide d'un logiciel conçu à cette fin, calcule le profil Iso-SMAF actuel de l'usager et en informe l'IS. Auparavant, les IS disposaient d'une application informatique dont elles se servaient pour calculer elles-mêmes le profil Iso-SMAF sans passer par un acteur intermédiaire (la secrétaire); l'accès à l'application a été retirée, ce que déplorent plusieurs IS. Celles-ci utilisent cette procédure de calcul à blanc, formellement réprouvée par les concepteurs de l'outil, lorsque la condition d'une personne a changé, par exemple à la suite d'une perte d'autonomie physique ou à une détérioration des habiletés cognitives, et que cette situation pourrait nécessiter l'ajout de services, voire une réorientation dans un autre de milieu de vie pour l'usager. Dans d'autres circonstances, une IS pourrait recevoir une demande d'un proche-aidant souhaitant fortement que le CSSS lui octroie davantage de services. Dans ces situations, le calcul à blanc du profil Iso-SMAF de l'aidé permet à l'IS de planifier son activité parce qu'il rend visible le champ des possibilités d'intervention, qui s'ouvre ou se ferme en fonction du profil Iso-SMAF obtenu. Pour reprendre nos exemples précédents, ce calcul à blanc pourrait faire en sorte que l'IS décide ou non d'entamer les démarches procéduro-administratives requises pour un

changement de milieu de vie. De plus, l'énonciation du profil obtenu peut se présenter aux autres acteurs, dont les gestionnaires, comme une composante argumentaire justifiant son action.

Cette procédure de calcul à blanc du profil Iso-SMAF constitue une puissante illustration du niveau élevé d'appropriation de ces profils par les IS du CSSS A et de leur prégnance comme vecteur de standardisation procédurale à contraindre la pratique des intervenantes et celle de l'organisation, le standard pouvant aussi être mobilisé par les IS en tant que ressource dans leur intervention. Les concepteurs de l'outil voulaient contenir le désir des intervenantes de jouer avec les données à des fins stratégiques, par exemple pour favoriser un usager. Cette procédure détournée, cette catachrèse dans le lexique des théories de l'usage, se présente également comme une forme de régulation autonome permettant aux IS de déjouer la logique de standardisation de l'outil. En effet, comme elle permet d'omettre ou de repousser la mise à jour d'un SMAF sur la plateforme informatique RSIPA, une procédure qui exige plus de temps que la procédure de calcul à blanc<sup>79</sup>, cette dernière procédure se présente comme un choix soutenant l'efficacité pragmatique de l'activité des IS puisque que, en elle-même, cette procédure est moins lourde et que son utilisation évite aux IS d'entreprendre des actions qui ne pourraient pas aboutir en raison d'un score ou d'un profil Iso-SMAF inadéquat au regard des critères administratifs d'admission aux services. De surcroît, les IS utilisent la procédure de calcul à blanc pour se ménager une marge d'autonomie parce que, d'une part, elle les libère temporairement de la nécessité de passer par toutes les étapes d'une évaluation faite avec l'OEMC, et que, d'autre part, elle les préserve momentanément d'un regard externe sur leur prise de décision en rapport avec les actions à mener dans un dossier.

---

<sup>79</sup> Comme nous le verrons dans la partie *Standard de conception*, cette procédure est d'autant plus longue qu'avec la nouvelle plateforme RSIPA, c'est l'OEMC au complet qui doit être révisé et pas seulement le SMAF.



Bien que l'activité d'évaluation des IS du CSSS B s'arrime globalement aux règles prescrites par la régulation de contrôle, la procédure de calcul à blanc que nous venons d'exposer nous amène à constater que les IS peuvent avoir recours à certaines stratégies qui leur permettent de détourner partiellement l'activité d'évaluation vers un mode de régulation autonome dont le principe d'action est l'efficacité pragmatique.

Nous avons montré que l'usage de l'outil standardisé OEMC est bien implanté et routinisé dans l'activité des IS du CSSS B. En ce sens, en raison de la relative stabilité des usages de l'OEMC, il n'y aurait pas lieu d'évoquer un mouvement de standardisation. Or, la procédure de calcul à blanc que nous venons de décrire s'inscrit dans un ensemble de changements plus vastes dans l'usage des outils standardisés chez les IS du CSSS B. Comme nous l'expliquerons plus loin, à la section 5.3.6.3, la mise en œuvre d'une nouvelle plateforme informatique au CSSS B s'est traduite par un certain recul de quelques pratiques pourtant bien implantées, d'où un certain mouvement d'affaiblissement de la standardisation en lien avec l'intégration des services.

#### *4.3.2.3 Le rapport des IS aux catégories conceptuelles générées par l'OEMC*

Jusqu'à présent, nous avons principalement examiné de quelle manière les IS modulaient leur usage de l'OEMC selon les contextes organisationnels de leur CSSS et dégagé certaines formes de standardisation procédurales découlant de ces usages. Nous poursuivrons notre réflexion en pénétrant davantage en profondeur dans le processus d'intervention des IS, processus que nous

avons jusqu'à maintenant plutôt considéré comme un processus générique<sup>80</sup>. Nous allons maintenant nous intéresser au potentiel de standardisation terminologique et de conception qui peut s'actualiser par l'intermédiaire de l'usage de l'OEMC dans l'activité des IS et qui fait en sorte que cet instrument génère des catégories conceptuelles qui font office d'inter-langage dans l'activité des divers acteurs qui interviennent dans une situation clinique donnée, par sa capacité à imposer un lexique, ou, du moins à alimenter l'univers représentationnel des acteurs. Ainsi, dans certaines situations, ces catégories conceptuelles ou lexicales, ces dernières étant souvent la forme observable des premières, peuvent même se montrer surdéterminantes dans la lecture de la situation clinique singulière d'un usager et, pour ainsi dire, refuser de se soumettre à la réalité telle qu'observée, comme les propos de l'IS qui relate un échange téléphonique entre elle et une autre intervenante :

*C'est paradoxal, elle n'est pas incontinent. Elle n'est plus [profil Iso-SMAF] 10, elle est 11. [Un profil] 11, c'est : troubles importants mais sans incontinence. Je pense que c'est la première fois que j'en ai une. On m'a questionnée là-dessus : « Comment ça se fait? J'ai dit : « Non. Pas de pipi. Pas de caca. » (E2 IS5 CSSS B)*

Lorsque nous avons examiné le rapport général des IS aux directives, nous avons montré que l'intériorisation des règles peut en modifier le statut pour le rapprocher de celui de normes, c'est-à-dire de règles qui deviennent implicites et intériorisées. Le premier cas de figure que nous avons relevé illustre cette intériorisation des règles. En raison d'un niveau important d'appropriation du contenu de l'OEMC, les IS considèrent que l'usage d'un formulaire OEMC en version papier ne leur est pas nécessaire pour guider le déroulement d'une collecte de données à l'occasion d'un entretien avec un usager. Ainsi, une IS novice dans l'utilisation de l'OEMC respectera davantage le script imposé par la mise en forme et l'ordonnancement des différentes

---

<sup>80</sup> Dans les sections précédentes, nous avons présenté séparément les résultats des deux CSSS afin de mettre en lumière l'effet du contexte sur les usages de l'OEMC. Dans la section suivante, nous avons intégré les deux CSSS dans une même section pour mettre en relief les éléments transversaux.

parties de l'outil, tandis qu'une IS possédant une plus grande expérience adaptera le déroulement de l'entretien à la narration singulière de l'utilisateur :

*Je ne le fais pas toujours de façon systématique, mais, de façon systématique, je vais aller faire des collectes de données qui ressemblent à celles de l'outil pour me faire une tête sur c'est quoi la situation. [...] Si je me rends compte que c'est un monsieur qui est très autonome, je n'irai pas faire systématiquement [l'OEMC]. Je fais une collecte sommaire pour me donner une idée de la situation de façon globale, puis, après, ça va déterminer si je vais plus loin dans la collecte ou si la situation demeure là. (E1 IS2 CSSS A)*

*Je me suis fait un formulaire maison, une petite feuille recto-verso. Moi, arriver avec un formulaire vierge de l'OEMC, ça ne faisait pas de sens. Je ne vais pas poser les questions aux gens en suivant cet ordre-là; on y va, on papillonne. Si sa priorité, c'est de parler de sa religion, on commence par ça; si c'est de me parler de sa famille, on commence par ça; si c'est de me parler de sa santé, on commence par ça. Ça me fait une façon d'avoir un fil conducteur, peu importe l'ordre dans lequel on a abordé les sujets. Après ça, je tape mon OEMC de retour à mon bureau, il est tout dans l'ordre. Il y avait un enjeu d'efficacité. (E1 IS6 CSSS B)*

On le constate, l'incorporation des standards terminologiques et conceptuels découlant de l'OEMC rend parfois inutile son usage mécanique parce que ces standards deviennent implicites, ce qui permet de constituer des schèmes d'action incorporés qui s'ouvrent sur une marge discrétionnaire dans l'usage. Ainsi, l'intervenante peut jouer avec l'outil standardisé tout en respectant l'exigence organisationnelle qui lui enjoint de structurer son travail au moyen de cet ensemble cohérent de standards.

Dans le prolongement de cette réflexion, le moment de la prise en main d'un dossier d'utilisateur par les IS constitue un marqueur particulièrement révélateur pour comprendre les catégories conceptuelles que les intervenantes mobilisent pour penser leur intervention et établir leurs priorités d'action. Nous avons observé à plusieurs reprises ce moment de prise en charge, que nous avons décortiqué en trois dimensions : le statut que les IS accordent globalement aux informations contenues dans l'OEMC pour appréhender la situation singulière d'un utilisateur, les éléments de l'OEMC qu'elles considèrent comme étant les plus prioritaires pour comprendre et

intervenir dans cette situation singulière, et l'ordonnancement des séquences d'actions qui en résulte.

Nous avons pu constater que lorsque les IS du CSSS B reçoivent des demandes de la part d'utilisateurs qui laissent des messages sur leur boîte vocale ou lorsqu'un tiers relaie aux IS des demandes formulées par des utilisateurs, les IS consultent presque systématiquement la version informatisée de l'OEMC disponible sur la plateforme informatique RSIPA avant de contacter ces utilisateurs, et même si la demande paraît anodine. De manière générale, nous avons aussi noté que, lors de ces consultations des dossiers des utilisateurs les IS des deux CSSS priorisent certaines informations en vue de dresser un portrait général de la condition de la personne, comme l'illustrent les trois extraits suivants :

*La première partie qu'on regarde : diagnostic [médical], situation psychosociale, profil Iso-SMAF. C'est très aidant pour se faire une tête, une idée globale, les services qui sont en place, où on s'en va. (E1 IS7 CSSS B)*

*Ça dépend de la demande. S'il me dit : « Il est tombé », je vais aller voir la mobilité. S'il me dit : « Ils l'ont échappé », je vais aller voir les fonctions cognitives. Est-ce qu'il y avait des risques? C'est où qu'ils étaient, les risques?» (E1 IS7 CSSS B)*

*La première affaire, ça va être les diagnostics [et] la mobilité. Est-ce qu'il est en fauteuil roulant? Est-ce qu'il se promène tout seul? Est-ce que c'est une personne Alzheimer? Parkinson? C'est quel ACV? En partant avec le diagnostic, ça te fait un portrait [...] Et, regarder les troubles de comportement aussi. (E1 IS4 CSSS A)*

Comme on peut le voir dans ces courtes citations, l'activité de prise en charge d'un utilisateur par les IS subit une certaine standardisation procédurale découlant des formes de standardisation terminologique et conceptuelle associées à l'usage de l'outil. Les IS s'appuient sur cette primo-lecture de la situation singulière pour répondre et rétroagir rapidement à la demande formulée par l'utilisateur. La singularité du cas et la complexité des interactions entre les diverses dimensions du problème vécu par l'utilisateur deviennent secondaires pour penser la séquence des activités

d'intervention qui pourrait en découler dans un premier temps. En ce sens, cette primo-lecture se veut proactive puisqu'elle cherche à anticiper le déroulement de l'intervention téléphonique que devront effectuer les IS subséquemment auprès de l'utilisateur en appui sur les diverses formes de standardisation générées par la lecture de cette situation singulière. Toutefois, cette primo-lecture comporte également une composante réactive parce que l'anticipation de l'intervention à mener par la suite s'inscrit moins dans une perspective temporelle étendue que dans une perspective courte arrimée à une approche de résolution de problème :

*Est-ce qu'on veut savoir si elle a été cultivateur [...]. Ce n'est pas ça qu'on veut savoir, on veut savoir où elle est rendue, et de quoi elle a besoin, et ce qu'on fait avec elle. C'est aussi simple que ça. (E3 IS3 CSSS A)*

L'extrait qui suit, en plus de montrer les formes de standardisation qui découlent de l'usage de l'outil, donne à voir le processus d'analyse effectuée par cette IS afin de mettre à l'épreuve la qualité et la véracité des informations qu'elle recueillera éventuellement auprès de l'utilisateur quand elle répondra à la demande qui lui a été formulée :

*Avant d'ouvrir un dossier, je vais voir quel est le profil Iso-SMAF parce que ce n'est pas pareil si je parle avec un profil 5 ou si je parle avec un profil 9. Peu importe le profil, c'est sûr que je vais regarder la liste des diagnostics. Si je parle avec l'utilisateur, ce qu'il va me dire va-t-il être fiable? Si je vois : démence Alzheimer sévère et qu'il me dit qu'il n'a pas mangé depuis une semaine et qu'il n'a pas pris ses médicaments, je vais prendre ça avec un petit recul. [...] Après, je vais voir à la section psychosociale, la personne, elle vient d'où. Santé, ça me prend à peu près dix secondes à lire, et, après ça, je fais le tour de l'autre page à peu près en une minute. J'essaie de dire : « La personne, c'est quoi son statut matrimonial? Est-ce qu'elle a de la famille? Est-ce qu'elle a des aidants? Elle habite dans quel milieu? » Là, au moins, je sais quel niveau de langage tenir autant pour la condition cognitive que pour la condition contextuelle. Ça oriente un peu mes pistes. Après ça, avant de me déplacer, je vais m'assurer de l'avoir pas mal tout lu. (E1 IS6 CSSS B)*

Dans l'extrait qui précède, les passages soulignés illustrent le rôle clef joué par l'ensemble des catégories conceptuelles que l'IS utilise pour analyser une situation clinique singulière et établir ses priorités d'action. Parmi l'ensemble de ces catégories, nous avons voulu dégager celles qui pouvaient s'avérer surdéterminantes.

La catégorie qui se manifeste de la manière la plus significative pour l'ensemble des IS des deux CSSS<sup>81</sup> concerne les réseaux d'aide informelle auxquels les usagers peuvent avoir recours pour pallier leurs incapacités physiques ou cognitives. Mais, comme le laissent entendre les deux extraits suivants, les IS veulent connaître si des réseaux d'aide informelle existent dans l'environnement de l'utilisateur et si les dynamiques entre les proches font en sorte que ces réseaux soient stables et facilement mobilisables pour être en mesure de répondre aux besoins de l'utilisateur :

*Je veux savoir où est-ce qu'il vit? Est-ce qu'il vit avec quelqu'un? C'est sûr que si c'est un enfant, je vais regarder dans le milieu familial. Est-ce qu'il s'entend pas mal avec ses enfants? Est-ce qu'il vit avec? Est-ce qu'ils sont épuisés? (E1 IS2 CSSS A)*

*Je demande : « Vous êtes ensemble depuis combien de temps? Qui sont les enfants et où est-ce qu'ils demeurent? Madame, est-ce qu'elle s'entend bien avec ses enfants? Est-ce que les enfants s'entendent bien entre eux? Est-ce que vous avez du support de leur part? Si vous les appelez, est-ce qu'ils vont venir? » Ça, c'est l'information que je vais chercher dans le milieu familial. (E2 IS1 CSSS A)*

Dans d'autres situations que nous avons relevées, les IS semblent planifier leur intervention pour un usager en fonction d'une catégorie conceptuelle spécifique, qui devient centrale et dont l'évolution peut jouer un rôle déterminant dans la séquence des activités d'intervention à venir. À titre d'illustration, cette première situation que nous tirons de nos observations au CSSS B<sup>82</sup> relate le cas de madame B pendant un épisode d'hospitalisation qui s'est accompagné d'une détérioration de sa condition. Dans cette situation, la catégorie conceptuelle que l'IS considère essentielle pour décider de la suite de ses interventions est la capacité de madame B à effectuer certains déplacements dans le milieu de vie où elle habitait avant l'épisode d'hospitalisation afin d'être en mesure d'y retourner, ou, le cas échéant, de déménager dans un autre milieu qui sera

---

<sup>81</sup> Nous avons constaté la prégnance de cette catégorie dans les deux CSSS. Cependant, nous les avons particulièrement observées lors d'interventions réalisées par les IS du CSSS A.

<sup>82</sup> Nous avons remarqué des situations similaires au CSSS A.

adapté à la dégradation de sa condition. Avant cet épisode d'hospitalisation, madame B habitait dans une ressource d'hébergement de type familial (RTF). Or, pour se déplacer de sa chambre vers les aires communes, madame B devra être capable de monter un escalier de 14 marches. Malgré le travail de réadaptation effectué par les physiothérapeutes de l'hôpital, madame B n'arrive à gravir que 10 marches. Nous avons assisté à plusieurs échanges téléphoniques entre l'IS de l'hôpital, l'ergothérapeute et la propriétaire de la RTF afin d'évaluer le potentiel de récupération de madame B et les solutions envisageables pour rendre ces déplacements possibles en tenant compte de l'environnement physique de la RTF et des limitations cognitives de madame B qui font qu'elle est incapable d'utiliser le fauteuil électrique sur rail dont est muni l'escalier. Cette illustration montre le caractère surdéterminant dans l'intervention, telle que se la représente l'IS, des limites dans la capacité de madame B à se déplacer. Or, cette représentation de la situation quelque peu singulière de madame B se révèle à la fois simpliste, parce que d'autres solutions pourraient être envisagées au-delà du champ des possibles tels qu'ils sont considérés dans la logique d'autonomie fonctionnelle associée à l'usage de l'outil OEMC, et très pragmatique, étant donné qu'en dépit de la simplification conceptuelle qui a été faite, l'autonomie fonctionnelle se présente à l'IS comme un canevas général pour concevoir son action et l'arrimer à une logique d'efficacité clinique.

Dans la deuxième situation, observée au CSSS A avec IS1, nous présentons une visite à domicile dans laquelle l'IS doit effectuer une évaluation de l'autonomie fonctionnelle de Madame A. Cette dernière habite dans un village et ne présente pas de problèmes particuliers, mais, comme elle participe à des activités du centre de jour, l'IS doit réviser et mettre à jour les informations contenues dans l'OEMC. Dans le tableau qui suit, nous montrons les diverses dimensions de l'autonomie fonctionnelle de madame A qui ont été évaluées par l'IS pendant cette intervention à

domicile que nous avons observée. Nous pouvons voir que toutes les catégories conceptuelles prégnantes que nous avons relevées précédemment sont examinées soit directement, soit comme sous-composantes de l'autonomie dans la réalisation des activités de la vie domestique (AVD) et des activités de la vie quotidienne (AVQ)<sup>83</sup>. Après les salutations d'usage, l'entretien se déroule de la manière présentée dans le tableau V ci-dessous, qui nous présente le script de l'intervention

---

<sup>83</sup> Les activités de la vie quotidienne sont associées aux soins personnels, soit se laver, s'habiller, s'alimenter, se rendre aux toilettes et se déplacer, alors que les activités de la vie domestiques sont en lien avec l'utilisation du téléphone, la préparation des repas, la prise de médicaments, la gestion de ses finances, l'entretien de son habitat, etc.



**TABLEAU V :  
CATÉGORIES CONCEPTUELLES SAILLANTES OBSERVÉES LORS D'UNE VISITE À DOMICILE**

1. Comment vous vous organisez :		
a. Pour vous procurer le lait, le pain?		(A, R et C)
b. Pour faire vos courses au village?		(A, R et C)
c. Pour vous procurer votre laine?		(A, R et C)
2. Vous êtes originaire de quel endroit?		-----
3. Vous aviez une ferme ?		-----
4. Vous avez quel niveau de scolarité?		(P et C)
5. Qui vous visite à domicile?		(EI et P)
6. Est-ce que votre sœur qui vous a téléphoné demeure au village?		(EI et P)
7. Votre conjoint est décédé à la suite de quel problème de santé?		-----
8. Comment trouvez-vous ça de vivre seule?		(EI et P)
9. Votre sœur est venue vivre avec vous un bout de temps mais ça n'allait pas bien ?		(EI et P)
10. Vous ne conduisez plus votre véhicule ?		(D et R)
11. Vous faites tous vos déplacements à pied dans le village?		(D et R)
12. À quelle heure est la messe?		(P et C)
13. Des gens viennent-ils vous aider pour quelque chose?		(EI et P)
14. Vous faites votre ménage ?		(A)
15. Vous faites vos repas ?		(A)
16. Votre fille vient-elle vous visiter?		(EI et P)
a. À quelle fréquence?		(EI et P)
17. Qui est votre médecin de famille?		(P et C)
a. Vous y rendez visite comment?		(P et C)
18. Je peux voir votre DISPIL (pilulier) ?		(R)
a. Vous n'avez pas de médicaments accumulés dans l'armoire ?		(R)
19. Vous allez au centre de jour ?		(R et C)
20. Votre système de télésurveillance, vous vous en servez ?		(P)
21. Vous pouvez vous laver facilement ?		(P et A)
22. Vous prenez votre bain seul ?		(A)
23. Je peux voir votre salle de bain ?		(A)
a. Vous avez un tapis antidérapant?		(R)
b. Je pourrais vous faire installer une barre d'appui dans votre bain		(R et P)
24. Vous vous cuisinez quoi?		(C et P)
25. Vos enfants viennent tous vous voir ?		(A et C)
26. Vous avez des frères et sœurs ici ?		(EI et P)
27. Vous dites que vous n'êtes pas souvent malade: que faites-vous pour ne pas l'être?		----- (P, R et C)
28. Vous aurez des visites de vos enfants prochainement ?		(EI et P)
29. Vous téléphonent-ils?		(EI et P)
30. Vous allez au deuxième étage de votre maison ?		(R)
Capacité du réseau d'entraide informel	(EI)	Facteurs de protection (P)
Facteurs de risque	(R)	Capacités cognitives (C)
Autonomie dans les déplacements	(D)	Autonomie fonctionnelle générale (A)

Ce tableau ne capte pas la dimension relationnelle de l'intervention puisqu'il se limite à mettre en relief le script logique. En outre, nous avons volontairement exclu le déroulement de la fin de l'entretien étant donné qu'il ne s'est pas conclu sur un plan d'intervention parce que l'évaluation effectuée par l'IS ne lui a pas permis de déceler des problèmes particuliers nécessitant des interventions à courte ou à moyenne échéance. Toutefois, le déroulement de l'entretien montre le rôle important joué par certaines catégories conceptuelles qui sont mobilisées dans l'activité des IS pour appréhender la singularité des situations cliniques; ce rôle laisse voir que l'usage et l'appropriation de l'OEMC par les IS s'accompagnent d'une incorporation dans leur activité de standards de conception comme l'autonomie fonctionnelle. Ces standards de conception, sans devenir totalement déterminants, semblent néanmoins jouer un rôle non négligeable dans les représentations des IS pour penser leur action. Au sens de Nélisse, elles montrent aussi que la composition technique à l'œuvre, soit un usage autonome d'outils à portée de main, s'inscrit dans une logique d'ensemble plus large, une technologie.

En conclusion de cette section sur l'usage de l'OEMC, nous pouvons inférer un certain nombre de constats à propos du rapport qu'entretiennent les IS avec cet outil. À la lumière des situations cliniques que nous venons d'exposer, nous pouvons constater qu'un niveau élevé d'appropriation de l'OEMC semble renforcer sa capacité de standardisation parce que les IS mobilisent davantage les catégories conceptuelles de l'OEMC pour problématiser la situation singulière de l'utilisateur et établir leurs priorités d'action. Sous cet aspect, le rapport des IS à l'OEMC se présente à la fois comme une contrainte, en raison de son effet standardisant sur l'activité, et comme un levier, du fait qu'il ordonne les diverses composantes de cette activité selon un principe d'efficience.

Précédemment, nous avons vu que selon la composition technique de Néliste, la technologie produit un schéma général d'intelligibilité et de mise en place des actions qui intègrent chacune des activités d'un processus d'intervention les unes aux autres selon un plan d'ensemble. Or, au-delà de l'espace de jeu possible avec l'outil standardisé OEMC, l'usage que nous avons observé chez les IS du CSSS B correspond à cette conception de la technologie. On peut même affirmer que le jeu constitue une part essentielle du schéma d'intelligibilité, et ce, en posant l'aire de jeu, les règles du jeu et la compétence à jouer comme des éléments centraux à cette intelligence de l'activité.

Par ailleurs, nous avons vu que la capacité de standardisation de l'OEMC chez les IS du CSSS A était davantage émergente que réelle, ce qui n'est pas le cas parmi les IS du CSSS B. Nous avons aussi montré que l'usage de l'OEMC pour prolonger le jugement professionnel des IS demeurerait très circonstancié alors qu'il se révèle omniprésent chez les IS du CSSS B. Bien que cet usage soit plus circonstancié au CSSS A et plus imbriqué au dispositif intégrateur au CSSS B, on voit à l'œuvre dans ces deux CSSS une composition technique conditionnée par la présence de l'OEMC. La différence observée reflète avant tout l'état d'avancement du dispositif intégrateur pour chacun des contextes. Dans les deux cas, la régulation autonome et la régulation de contrôle (certes plus faible au CSSS A) confluent dans la pratique des IS mais pas de la même façon.

### ***4.3.3 Les outils de priorisation et d'allocation de services***

#### *4.3.3.1 La double nature des outils de priorisation et d'allocation de services*

Auparavant, nous nous sommes intéressé aux directives, qui constituent des ensembles de règles rattachées aux activités procéduro-administratives. Or, certaines de ces directives nous ont semblé jouer un rôle suffisamment important dans l'activité des IS pour faire l'objet d'un examen

particulier; nous nommons ces directives particulières : *outils de priorisation et d'allocation de services*. Ces outils permettent de déterminer si un usager peut ou non avoir accès à certains services et à quel niveau de priorité par rapport à d'autres usagers. Nous entendons ici la notion de services dans un sens très large (par exemple, un accompagnement au bain à la maison par un préposé aux bénéficiaires, le versement de subsides pour payer l'entretien ménager, la tenue de journées d'activité en centre de jour, l'octroi d'une place d'hébergement en CHSLD). Les outils de priorisation et d'allocation de services comme nous les concevons ici regroupent un ensemble d'activités à réaliser afin d'autoriser l'accès au service demandé. Ils prolongent l'effet de l'OEMC puisqu'ils font partie d'un dispositif intégrateur, mais ils peuvent aussi le contenir ou le contrecarrer selon les besoins stratégiques de l'organisation.

Au cœur de ces activités, nous nous intéresserons à certaines instances administratives, que nous avons appelées mécanismes<sup>84</sup>, dont la fonction consiste à évaluer l'admissibilité des usagers à ces services et à les prioriser en fonction de critères préétablis et des ressources disponibles. Dans les lignes qui suivent, nous ferons référence à deux instances similaires dans leur fonctionnement mais distinctes quant à leur objet. La première traite les demandes d'allocation de services à domicile<sup>85</sup>, et la deuxième examine les demandes d'hébergement en milieu institutionnel. Nous appellerons respectivement ces instances mécanisme d'accès à des services (MAS) et mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH).<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> Cette appellation est couramment utilisée par les IS des CSSS à l'étude.

<sup>85</sup> Les services alloués peuvent prendre la forme de prestations directes de service, par exemple un bain donné à un usager à domicile par un auxiliaire aux soins de vie et services sociaux, ou celle d'une prestation indirecte, par exemple, des subsides alloués à un usager pour lui permettre d'acheter lui-même les services d'un tiers. Ces subsides peuvent couvrir l'entièreté des frais encourus ou un pourcentage modulé en fonction des ressources financières dont dispose cet usager.

<sup>86</sup> Nous avons adopté une dénomination transversale aux deux CSSS qui s'inspire des dénominations existantes mais sans les reproduire à l'identique.

Nous considérons que les outils de priorisation et d'allocation de services constituent un type particulier de directives en raison de leur double nature procéduro-administrative et clinique; ils sont procéduro-administratifs parce qu'ils prescrivent l'ensemble des procédures à suivre pour accéder à un service donné, mais ils sont également cliniques puisque leur réalisation implique la préparation de documents dont la rédaction s'appuie sur le jugement professionnel des IS pour analyser la situation clinique d'un usager, ce qui requiert d'évaluer ses besoins de même que de formuler et de justifier la demande de services. On le comprend, les activités relatives à une demande d'allocation de services sont étroitement reliées aux activités d'évaluation qui les précèdent. En ce sens, les outils de priorisation et d'allocation de services peuvent être alimentés par des informations cliniques bio-psycho-sociales pouvant provenir d'autres outils standardisés comme l'OEMC. À titre d'exemple, la gestion de la liste d'attente du centre de jour du CSSS B prévoit quatre niveaux de priorité associés à des délais d'attente s'établissant à une semaine pour les usagers dont le niveau de priorité est le plus élevé et dépassant une année pour ceux dont le niveau de priorité est le plus faible. Pour répondre aux critères associés aux priorités les plus élevées, l'IS doit démontrer qu'au moins une des conditions suivantes est présente : situation de crise, épuisement du proche-aidant, risque d'hospitalisation ou risque d'hébergement imminent dans une ressource publique.

Bien que ces deux mécanismes d'accès existent dans les deux CSSS à l'étude, ils se distinguent dans leurs modes de fonctionnement, un aspect important pour notre propos. En ce qui concerne le CSSS A, les IS peuvent défendre leurs demandes d'allocation de services en face en face lors des réunions hebdomadaires en s'appuyant sur les documents expliquant et justifiant la demande préalablement transmise. De même, les proches des usagers peuvent assister aux réunions du MAH de ce CSSS.

Dans le cas du CSSS B, les IS ne peuvent pas présenter leur demande d'allocation de services en face à face. Elles doivent transmettre au préalable les documents relatifs à leur demande aux responsables des MAH, qui les informent par la suite de leur décision. Pour que ce mode de fonctionnement soit possible, la pratique de remplissage de l'OEMC doit être stable et répandue. Précisons toutefois que les IS peuvent transmettre certaines informations au MAH au téléphone au moment de l'acheminement d'un dossier, et que, dans des cas exceptionnels, les IS sont invitées à se présenter lors d'une des réunions du MAH.

De manière plus générale, les outils de priorisation et d'allocation de services répondent à une logique épidémiologique qui introduit des critères de prévention et de gestion des risques pour les usagers et les articulent avec des enjeux d'équité populationnelle et d'accès aux services en fonction des besoins spécifiques de ces usagers. Ainsi, les services destinés aux personnes âgées à domicile devraient s'accompagner d'un financement à la hauteur des besoins. Or, la situation réelle se caractérise par un déséquilibre entre des besoins croissants en raison du vieillissement de la population et les ressources pour y faire face. Pour les usagers, ce déséquilibre se traduit souvent dans des délais d'attente importants avant de recevoir des services qui leur ont pourtant été octroyés (aux yeux de l'outil) parce que leur situation répond aux critères d'allocation. Trop souvent, ces services demeurent virtuels, faute de ressources suffisantes. Devant cette situation, les acteurs décisionnels des deux CSSS à l'étude ont introduit des changements dans les règles de fonctionnement des outils de priorisation et d'allocation de services. Dans les lignes suivantes, les propos que nous tenons ne visent aucunement à porter un jugement sur la pertinence de ces changements, mais bien à comprendre de quelle manière ces mêmes changements influent sur l'usage des outils de priorisation et d'allocation de services par les IS.

Lorsqu'elle est soumise à l'examen des MAS-MAH, la situation clinique singulière d'un usager n'est pas lue dans sa singularité mais plutôt selon des catégories conceptuelles transversales, soit des facteurs de risque et de protection permettant d'évaluer la nécessité ou non d'une action immédiate et le niveau de risque pour l'utilisateur qui pourrait être associé au maintien de la situation actuelle. Des catégories conceptuelles transversales, telles des incapacités importantes sur le plan des fonctions mentales, permettent d'arrimer l'allocation de services à des principes d'équité populationnelle. Dans certaines situations cliniques, la présence d'un facteur de risque, par exemple une grande fragilité du proche-aidant ou un climat de maltraitance, peut se manifester sous forme d'une puissante prescription dans l'activité des IS et constituer une forme de standardisation procédurale puisque la présence de ce facteur de risque oriente le plan général des séquences d'activités possibles dans la suite de leurs interventions. On le conçoit, la logique administrativo-épidémiologique sous-jacente s'impose dans l'activité des IS comme une forme de standardisation conceptuelle et terminologique. Bien que, dans tous les cas de figure, les formes de standardisation résultant de cette logique réduisent la marge d'autonomie des IS, elles sont tantôt perçues comme un levier à l'intervention, comme le montre le premier extrait, tantôt comme une contrainte, comme l'illustre le deuxième extrait:

*J'ai soumis le dossier [au MAH], mais elle était rendue à un profil 11, ça fait qu'il n'y avait même plus de remise en question. Le [MAH], rendu à un certain moment, ils ne le remettent plus en question. Quand tu arrives à 11 et plus, ils ne doutent pas du besoin. Avant ça, il faut négocier, il faut argumenter. (E2 IS5 CSSS B)*

*Je sais que la madame, elle sent les selles parce qu'elle ne s'essuie pas bien. Mais, [puisque'elle] ne fait pas d'incontinence de selles, elle n'aura pas deux bains. C'est là où j'ai de la difficulté à défendre la famille : « Écoutez, c'est vraiment le critère. Il faut faire de l'incontinence fécale pour avoir deux bains. [...] Ce serait mon parent et j'aurais la même réaction que vous, mais, malheureusement, ça va au-delà de moi. Je ne peux pas. J'ai essayé, mais je n'ai pas été capable de l'avoir ». [...] Si je [considère] que madame a besoin d'aide au bain, bien, il y a des critères très précis, l'incontinence fécale, c'est deux bains [par semaine], ça, c'est très clair; je ne pourrai jamais avoir deux bains s'il n'y a*

*pas d'incontinence fécale. [...] C'est là où ça vient nous chercher dans nos valeurs [...] j'ai de la misère avec les critères fixes, mais il faut s'y plier. (E3 IS8 CSSS B)*

Précédemment, nous avons montré que les outils d'évaluation étaient beaucoup plus présents au CSSS B qu'au CSSS A, et il en va de même des outils de priorisation et d'allocation de services. Nous avons pu constater que ces derniers sont beaucoup moins nombreux et significativement moins présents dans l'activité observée au CSSS A qu'ils ne le sont au CSSS B. Nous pensons qu'une partie de l'explication de cette différence tient au fait que le CSSS A est moins soumis à la pression des listes d'attente que le CSSS B, comme nous l'avions expliqué précédemment, et que le dispositif intégrateur à fondement épidémiologique y est moins profondément enraciné que dans le CSSS B. Dans les pages qui suivent, avant d'exposer les usages des outils de priorisation et d'allocation de services proprement dits, nous expliquerons les changements qui ont été faits par les deux CSSS relativement à ces outils.

Dans les deux CSSS, la justification des changements introduits repose sur le fait qu'une partie importante des personnes âgées desservies par le CSSS habite dans des résidences privées pour aînés (RPA)<sup>87</sup> et que ces dernières peuvent pourvoir aux besoins en lien avec les AVD par l'entremise d'ententes de services contractuelles avec les usagers qui en sont locataires. En ce qui concerne le CSSS A, ces changements ont consisté à cesser d'octroyer des ressources pour répondre aux besoins en rapport avec les AVD, comme l'entretien ménager, pour être en mesure d'octroyer davantage de ressources pour répondre aux besoins relatifs aux AVQ, comme les soins d'hygiène. En outre, en raison du manque de lits en CHSLD et de l'allongement des délais d'attente avant d'y obtenir une place, la direction du CSSS A a augmenté progressivement le montant maximum alloué pour des services permettant de répondre aux besoins des usagers

---

<sup>87</sup> Selon notre analyse de la charge de cas des IS, la moitié des personnes âgées habitent dans des RPA.



demeurant dans les RPA afin de retarder leur entrée en CHSLD par l'ajout parfois très substantiel de services qui permettent de compenser l'aggravation de leur perte d'autonomie.

Au CSSS B, les règles de financement pour les usagers qui habitent dans des RPA ont été modifiées afin de tenir compte des ressources financières de ces usagers dans le calcul de l'allocation à laquelle ils ont droit. Ainsi, la part de l'allocation qui est versée par le CSSS diminue selon l'importance des ressources financières de l'utilisateur, de sorte que les montants libérés aident à répondre aux besoins d'un plus grand nombre d'utilisateurs et à diminuer les délais d'attente pour l'obtention d'un service. Ces modifications apportées aux règles ont pour prémisses que les personnes possédant la capacité financière de s'offrir un hébergement dispendieux dans une RPA devraient avoir les moyens de défrayer le coût des services à domicile :

*Avant, c'était : « Tout le monde a accès, et on ne fait pas de priorisation par rapport aux revenus des gens. » [Maintenant], c'est plus : « On met de côté l'universalité pour plutôt prôner l'équité. » [L'IS lit un extrait de la lettre d'accompagnement jointe au formulaire de demande de financement que doivent compléter les usagers :] « Il est de la responsabilité de la personne de choisir une résidence qui correspond à sa capacité financière. Le soutien vise avant tout la réponse aux besoins des personnes à faible revenu ». (E1-IS5 CSSS B)*

Bien que ce changement ne soit pas anodin, il est considéré acceptable par les IS parce qu'il paraît plus équitable pour les personnes à faible revenu qui se retrouvent dans l'incapacité de se payer des services à domicile et qui, de surcroît, peuvent demeurer longtemps en attente d'un service. En outre, comme nous l'exposerons à la section 5.4.2, ces nouvelles règles ont pour effet de modifier les rapports de collaboration entre les IS et les acteurs des RPA parce que ces derniers doivent jouer un rôle plus grand à titre de prestataire de services auprès des personnes résidant dans leur établissement. Prenant en considération l'ensemble de ces changements comme élément de contexte, nous examinerons maintenant le rapport des IS à l'usage des outils de priorisation et d'allocation de services.

#### 4.3.3.2 Un usage à l'interface de l'évaluation discrétionnaire et de la contrainte décisionnelle externe

Nous avons montré que les outils de priorisation et d'allocation de services comportaient une composante procéduro-administrative et une composante clinique. La réalisation de cette dernière composante repose sur la compétence de l'IS à lire et à évaluer la situation singulière d'un usager, de sorte que sa marge d'autonomie demeure importante malgré le caractère apparemment standardisé de l'outil. Le processus d'évaluation lié à la composante clinique est en partie distinct du processus décisionnel d'allocation, davantage lié à la composante procéduro-administrative, ce qui a pour effet de déplacer une part importante du processus de prise de décision vers les instances externes, en l'occurrence le MAH ou le MAS, dont le rôle consiste à autoriser l'allocation de services sur la base des informations cliniques transmises par les IS. On le voit, il y a interdépendance de la logique clinique et de la logique procéduro-administrative, dont il résulte une relative standardisation procédurale du processus d'allocation de services mais en appui sur la compétence clinique des IS à lire le singulier. Néanmoins, le décalage spatial et temporel entre l'évaluation et la prise de décision d'allocation de services résultant de cette standardisation procédurale induit une certaine ambivalence par rapport à l'outil standardisé chez les IS; ces dernières s'y montrant tantôt favorables, tantôt défavorables selon les circonstances. Nous verrons que ce décalage relatif entre les deux processus est encore plus marqué lorsque les IS ne peuvent pas assister aux rencontres des MAH/MAS pour défendre la pertinence de leur demande en face à face. Dans les quatre cas de figure qui suivent, nous examinons comment se module ce rapport en fonction de différents contextes d'usage.

Dans le premier cas de figure que nous avons repéré au CSSS B, la standardisation procédurale de la prise de décision est connotée d'une forte valence positive, malgré le fait que, *a priori*, elle

diminue la marge d'autonomie des IS. Les deux extraits suivants témoignent de l'introduction au CSSS B de nouvelles règles de fonctionnement<sup>88</sup>. Ces dernières ont pour effet de modifier les modalités de présentation et de négociation des demandes de services que les IS acheminent aux acteurs décisionnels du MAS. Comme l'illustre le premier extrait, l'introduction de nouvelles règles a fait en sorte que les IS ne sont plus en mesure, pour les cas usuels, de défendre leurs demandes en face à face devant les membres du MAS. En outre, les deux extraits font état de la révision des critères de financement des services, une démarche qui remet en cause le principe d'universalité dans l'accès aux services au profit d'un principe d'équité :

*[En face à face], je pense qu'il y avait aussi une part de comment l'intervenante présente sa demande. C'est humain, ce n'est pas un ordinateur qui reçoit la demande, c'est une autre personne, ça fait que si la personne qui reçoit est plus sensible à cette demande-là, c'est sûr que cette demande-là est priorisée différemment. Maintenant, ça ne marche plus comme ça. [...] Les règles sont très, très claires [...] Le formulaire, il se calcule avec des chiffres, et c'est des agentes administratives qui reçoivent le dossier; ils ne reçoivent pas personne en avant d'eux autres. Les critères sont faits pour s'assurer que les gens qui en ont besoin, les gens à faible revenu, puissent avoir accès aux fonds. (E3 IS6 CSSS B)*

*[La remise en cause du principe formel d'universalité,] moi, je suis contente de ça parce que c'est quelque chose qui était irritant; quand tout à coup il y a de l'argent, il y a une intervenante qui le savait avant l'autre, et elle avait [des services pour ses usagers] et les autres n'en avaient plus. [...] Il y avait des [usagers] qui avaient de l'argent qui n'utilisaient pas les services [qui leur avaient été octroyés] mais [qui les] gardaient, comme si l'État devait leur rendre un certain montant du fait qu'ils vivaient en résidence. Il y avait aussi cette pensée-là. (E1 IS6 CSSS B)*

Comme le montrent les extraits qui précèdent, la standardisation procédurale du processus d'allocation de services prend l'aspect d'une forme de régulation de contrôle qui trouve une certaine légitimité aux yeux des IS. Plus précisément, la standardisation procédurale, en clarifiant et en rendant plus explicites les règles, a eu pour effet de modifier la marge d'autonomie dont disposent les IS en déplaçant le jeu d'un espace dont les règles sont floues vers une arène où la

---

<sup>88</sup>Malgré ce que laisse entendre le premier extrait, ces nouvelles règles ont été introduites en deux temps. Dans un premier temps, antérieur à nos observations, le CSSS B avait remplacé les réunions en face à face par des réunions où les IS n'étaient pas invitées, sauf dans des dossiers particuliers. Le second changement, contemporain à nos observations, renvoie à la révision des critères d'accès aux services pour pallier aux AVD que nous avons expliqué plus haut.

capacité de négociation des IS repose davantage sur leur capacité à manier des règles explicites. Nous examinerons plus loin de quelle manière ce mouvement de standardisation se traduit dans le déploiement de l'expertise des IS dans l'usage qu'elles font des outils standardisés d'évaluation.

Dans un deuxième cas de figure, transversal aux deux CSSS, nous examinons l'usage de l'outil d'allocation et de priorisation de services du point de vue des usagers et de leurs proches. Aux yeux de ces derniers (comme nous l'ont traduit les IS), le processus d'évaluation, en raison de son caractère standardisé et de son arrimage à une lecture épidémiologique de la situation singulière, semble échapper au bon sens parce que les critères de priorisation utilisés paraissent difficilement justifiables. En outre, cette perception d'une perte de sens du processus d'évaluation se combine à une externalisation du processus d'allocation de services puisque la décision d'octroyer ou non un service ne dépend non pas des seules IS, mais aussi des instances MAS et MAH et de l'ensemble du processus d'évaluation. Pour l'utilisateur ou ses proches, les critères de priorisation et d'allocation de services, du fait qu'ils sont complexes et difficiles à comprendre, peuvent paraître illégitimes et inéquitables et, par conséquent, étrangers au sens commun. La combinaison de ces deux éléments, processus d'évaluation étranger au sens commun et locus de décision externe au pouvoir décisionnel de l'IS, peut potentiellement entamer symboliquement la légitimité des activités d'intervention menées par les IS auprès de l'utilisateur, mais aussi, comme nous le montrons plus loin, fragiliser le lien de confiance entre l'utilisateur et l'IS. En effet, pour l'utilisateur, l'IS qui s'occupe de son dossier est perçue comme étant détentrice d'un certain pouvoir qui lui permet de répondre à ses besoins, en étant une courroie de transmission pour le défendre auprès du CSSS. D'une certaine manière, c'est la capacité de l'IS à intervenir au bénéfice des usagers en s'insérant comme médiatrice entre l'organisation et ces usagers qui ont des besoins singuliers, qui est perçue comme étant plus affaiblie. Cette limitation de sa capacité à agir peut

fragiliser la légitimité de l'intervenante et cette légitimité diminuée peut être exacerbée dans certains contextes où des critères de sens commun peuvent laisser penser qu'un usager trouverait une meilleure réponse à ses besoins s'il était suivi par une autre IS, comme le laissent implicitement entendre les extraits suivants :

*C'est difficile d'expliquer à un client qui attend depuis sept mois. Ça fait sept mois que vous attendez mais, votre voisin, lui, il a eu un hébergement tout de suite parce qu'il est tombé. Ce n'est pas pareil, il est allé à l'hôpital. (E2 IS1 CSSS A)*

*Avec la famille, avec le patient, il faut expliquer, réexpliquer et réexpliquer parce que c'est difficile de saisir le système dans l'ensemble. C'est abstrait beaucoup pour eux : « Bien, voyons! Comment ça? Il vient de la ville B, il faut l'admettre à B. Et puis, il y a des gens de la ville A qui s'en viennent à B; pourquoi, eux autres, ils ne retournent pas [dans la ville A]? » (E2 IS3 CSSS A)*

*Le profil Iso-SMAF oriente tout et ça a tellement d'impact. « Mon voisin, il a droit à ça, et pourquoi pas moi? » C'est dur d'expliquer à une personne âgée et de lui dire : « Vous êtes un profil [Iso-SMAF] X; vous n'y avez pas droit, mais l'autre [y a droit] » Ce n'est pas concret. Ça ne fait pas souvent sens. (E3 IS7 CSSS B)*

Dans certaines situations, qui correspondent à notre troisième cas de figure, le lien de confiance avec l'utilisateur et ses proches peut être encore plus entamé si les impacts d'une décision d'allocation de services qui ne répond pas à leurs attentes doivent être assumés par les IS. En raison de leur position à l'interface du CSSS et de l'utilisateur, les IS portent symboliquement la responsabilité de la décision d'allocation, alors même que le locus de cette décision ne repose pas entièrement entre les mains des IS. Dans la citation ci-dessous, qui illustre ce cas de figure, une IS du CSSS B relate une situation où une demande d'allocation pour des soins à domicile a été refusée en vertu des nouvelles règles que nous avons évoquées plus haut. Cette citation rapporte les propos de l'IS recueillis juste après qu'elle ait reçu le fac-similé de la réponse qui avait été transmise à l'utilisateur par le MAS à la suite d'une demande de services qu'elle avait rédigée pour cet utilisateur :

*Elle ne répondait pas aux critères, c'était écrit dans la lettre. C'est la première fois que*

*j'avais un refus avec le nouveau mode de fonctionnement. Donc, j'étais un peu [en colère]. Nous avons le regret de vous informer que nous ne pourrions malheureusement acquiescer à votre demande. Après analyse de votre dossier, nous avons constaté votre capacité financière suffisante pour couvrir l'ensemble des services requis dans votre milieu de vie actuel. Attends un petit peu, c'est quand même important. Pour tout questionnement concernant cette lettre ou changement de votre situation qui exigerait éventuellement une modification de nos services, nous vous prions de contacter votre intervenante. Je trouve que c'est drôlement formulé parce que c'est comme si c'était moi qui portais tout ça, et je trouve ça difficile un peu à encaisser. Ça fait au moins trois mois que j'attendais ça pour avancer dans le dossier. La demande est refusée, donc je suis un peu dans un cul-de-sac [...] je trouve qu'on manque d'appuis beaucoup de l'établissement pour expliquer à la clientèle un refus à tel programme. Souvent, l'intervenant a à porter le chapeau de dire : « Bla-bla-bla. » Donc, ça devient lourd pour un intervenant. Et, on entend souvent : « Oui, mais on vous supporte, et on est là s'il y a quelque chose. » « Oui, mais vous n'êtes pas là dans le quotidien. » C'est moi qu'il faut que j'argumente, et ça, ça nuit au lien de confiance avec notre client. (E1 IS7 CSSS B)*

Dans le premier cas de figure que nous avons examiné, nous avons vu que la standardisation du processus de prise de décision pouvait comporter une valence positive même si elle avait pour conséquence de limiter la marge d'autonomie des IS. Or, comme nous pouvons l'observer dans le deuxième cas de figure et particulièrement dans le troisième cas de figure, les IS peuvent résister à la régulation de contrôle émanant des MAH et MAS lorsque cette régulation de contrôle entame une des dimensions considérées fondamentales de leur activité d'intervention, que nous dénommons : *espace de la relation avec l'utilisateur*. Mais, ainsi que nous l'avons montré précédemment, cet espace constitue une condition de la régulation autonome. Dans ce contexte, le rapport aux outils de priorisation et d'allocation de services se trouve modulé par la possibilité de préserver cet espace symboliquement porteur d'un potentiel d'action dans l'activité des IS.

Le quatrième cas de figure que nous exposons, transversal aux deux CSSS, illustre non seulement l'importance de la préservation de cet espace de la relation avec l'utilisateur, mais aussi sa valence positive du point de vue des IS. Il témoigne de l'effet combiné d'un processus d'externalisation du locus de décision et de l'externalisation du locus de la responsabilité. Écrit simplement, le fait

de ne pas devoir porter la responsabilité d'une décision qui n'est pas de leur ressort possède une connotation positive parce que l'espace de la relation avec l'utilisateur est symboliquement préservé :

*Je vois ça plus positif que négatif parce que ce n'est pas nous autres qui prenons la décision où la personne va aller et que c'est eux autres qui priorisent. [...] Ça fait que je trouve ça le fun parce que, quand on les envoie, par exemple, à [la ville X, géographiquement assez distante, alors que la personne souhaitait la résidence perçue comme étant l'une des meilleures de sa ville, bien, on leur dit : « C'est le comité qui va décider. » Les clients vont moins se choquer après nous autres. [...] « Vous l'avez vu, je n'ai pas le pouvoir de... » Avant, le monde pensait qu'on pouvait tout décider, et ils ont jusqu'essayé de me convaincre ou de me mettre de la pression, et leurs parents vont aller à une place où ils veulent. Ce n'est pas de même que ça marche, ils le voient, c'est plus officiel, et ils voient qu'il n'y a pas tant de pouvoir que ça... Ça ne m'enlève pas de pouvoir mais dans leur perception... Ils nous mettent moins de pression. Ils voient plus notre rôle, comment il est réellement, au lieu de nous voir avec plus de pouvoirs qu'on en a. (E3 IS2 CSSS A)*

*Pour nous, ça peut être un bouclier parce que tu exposes une situation, et on t'amène des conclusions qui confirment que ça a du sens. [...] C'est un profil X, ça lui prend telles ressources. Donc, dans un sens, pour nous, c'est bon parce qu'on ne porte pas l'odieux nécessairement de l'orientation. On peut voir ça comme ça aussi, et ça peut être justement très avantageux. (E3 IS3 CSSS A)*

En outre, comme nous l'avons mentionné précédemment, les familles peuvent assister à la partie de la réunion du MAH du CSSS A qui concerne leur proche. Ceci a pour effet que, dans une certaine mesure, les familles et l'IS deviennent conjointement spectateurs de cette prise de décision. Le deuxième et le quatrième cas de figure exposent l'effet combiné de l'externalisation du locus de décision et du locus de la responsabilité. Or, cette double externalisation n'amène pas les IS à se cantonner à une posture de résistance monolithique par rapport à la standardisation. Au contraire, comme nous le verrons dans la situation suivante, ce rapport apparaît plutôt ambivalent parce que cette double externalisation se prête au jeu avec la régulation de contrôle.

L'extrait dont il est question raconte une situation dans laquelle la famille d'un usager refuse le type d'hébergement proposé par l'IS malgré le fait que cette proposition corresponde à ce que

l'usager a droit en fonction de sa condition :

*Depuis le début, j'expose, tout en sachant que ce n'est pas un usager qui peut être pris en hébergement privé et qu'il y a des milieux intermédiaires, mais il refuse le milieu intermédiaire, ça fait qu'ils ont beau continuer et continuer et me mettre toute la pression qu'ils veulent, je veux dire, quand le MAH va prendre la décision, moi, je vais les aviser de la décision. Ça fait que, de ce côté-là aussi, je suis quand même déchargée. [...] Des fois, on n'a pas le choix parce que les gens se sentent lésés, mais, quand on explique qu'il y a tout un comité, avec des experts, qui se penche là-dessus [...]. (E3 IS5 CSSS B)*

Devant l'insistance de la famille à réclamer le type d'hébergement qu'elle désire mais auquel leur proche ne peut avoir droit parce qu'il ne répond pas aux critères, l'IS décide d'effectuer l'ensemble des étapes du processus d'évaluation et de prise de décision, tout en sachant très bien d'avance qu'au terme du processus, la demande sera refusée. Elle aurait pu décider de combattre les critères émanant de la régulation de contrôle afin de répondre aux demandes de la famille, mais elle décide plutôt d'accepter de se plier symboliquement au jeu de la famille même si elle connaît l'inutilité d'entreprendre ces démarches. Nous considérons que l'apparente abdication de l'IS face à la réduction de sa marge d'autonomie résulte moins de son refus de combattre la régulation de contrôle au profil de cet usager que d'une décision pragmatique visant à soutenir l'efficacité de son activité.

La standardisation permet de collectiviser (ou d'institutionnaliser) la décision, au moins en partie et, contre toute attente logique, permet de préserver dans une certaine mesure la relation en faisant porter la décision par un tiers abstrait, ce qui permet de poursuivre l'accompagnement de l'usager et de ses proches, voire d'ouvrir sur une perspective à long terme la possibilité de contourner la règle si jamais la situation singulière le requérait. Ainsi, même si les IS ne peuvent acquiescer à toutes les demandes singulières, la préservation du lien permet de déployer un jeu stratégique advenant que les circonstances l'exigent. En effet, l'IS peut infléchir la décision soit



en influençant le cadre clinique avant la séance décisionnelle, soit en convoquant à nouveau le MAS en produisant une nouvelle évaluation. La règle permet de gérer de façon économe au plan tant organisationnel que professionnel les cas usuels tout en autorisant des ajustements pour les cas inusités.

Comme le montrent les cas de figure qui précèdent, l'effet combiné de l'externalisation du processus décisionnel et du locus de la responsabilité peut prendre différentes configurations qui modulent le rapport des IS aux outils de priorisation et d'allocation de services. Ainsi, les IS peuvent attribuer à ces outils une valence qui peut s'avérer positive ou négative selon les contextes. Plus spécifiquement, malgré l'importante charge de standardisation procédurale qui résulte de leur usage, cette valence demeurera en partie positive dans la mesure où l'usage dans un contexte donné fera en sorte de préserver l'espace de relation entre l'IS et l'utilisateur et la capacité de l'IS de jouer avec les règles pour les situations particulières qui le requièrent.

#### *4.3.3.3 La période d'attente préalable à l'obtention d'un service*

Comme nous l'avons indiqué plus haut, en dépit d'une décision favorable à un usager, il peut s'écouler des délais importants entre cette décision et le moment où l'utilisateur reçoit effectivement le service à domicile ou une place en hébergement. Étant donné que plusieurs usagers peuvent être simultanément en attente de ressources limitées, l'attribution effective du service est soumise à un mécanisme de priorisation. De manière transversale aux deux CSSS, nous avons analysé ce moment particulier de l'activité des IS, que nous avons nommé *l'attente*, afin d'exposer un autre angle du rapport des IS à l'usage des outils de priorisation et d'allocation de services :

*Quand l'OEMC a été complété, je suis arrivée à un profil 11. Le MAH m'a avisé que*

*madame avait été rendue admissible pour un CHSLD, [avec un niveau de priorité A-25].<sup>89</sup>. Ce qui m'a été dit, après que madame ait été rendue admissible, [c'est] qu'il y a de l'attente, mais que: «Si tu as des raisons de croire que madame, sa sécurité n'est pas assurée dans son milieu, tu nous rappelles pour qu'on re-priorise. S'il y a des éléments qui changent dans son autonomie, tu nous rappelles pour qu'on réévalue aussi. S'il y a des nouvelles visites à l'urgence, tu nous renvoies toute donnée qui pourrait faire changer le cours des choses pour cette dame-là. » (E2 IS5 CSSS B)*

Comme nous l'ont expliqué les IS durant notre collecte de données, leur marge de manœuvre au cours de cette période demeure réduite; la seule stratégie envisageable pour infléchir la décision rendue à la suite de l'évaluation et de rehausser le degré de priorité d'un usager consiste à documenter les signes de dégradation de la situation de cet usager en fonction de critères découlant de la logique épidémiologique de gestion des risques :

*Quand mon aidant commence à être fatigué, j'appelle la responsable du MAH et je lui dis [que] j'ai un aidant qui commence à être fatigué. Je sais qu'elle ne pourra rien faire, mais, au moins, elle m'aura entendue une fois. Quand je vais rappeler dans deux mois, elle va m'avoir entendue une deuxième fois. Puis, si je rappelle un mois après, ça veut dire que c'est encore plus urgent. J'essaie de les tenir au courant de l'état de la situation, et ça, c'est le pouvoir que j'ai à moi. C'est vrai que, à quelque part, c'est rassurant de savoir que si, du jour ou lendemain, monsieur n'en peut plus et qu'il était à bout, bien, il va l'amener à l'hôpital. (E2 IS1 CSSS A)*

Durant cette période d'attente, l'IS se retrouve en médiation entre les acteurs décisionnels des mécanismes MAH-MAS et l'utilisateur et ses proches, lesquels peuvent alors exercer une pression sur elle :

*Même si la famille me mettait beaucoup de pression mais qu'il n'y a pas de changement, ils vont m'en mettre à moi, de la pression. Mais moi, je ne rejoindrai pas nécessairement le MAH pour ça parce que je sais que je n'en ai pas d'arguments. (E2 IS5 CSSS B)*

*Je dis toujours que je vais informer la responsable [du MAH]. Je lui dis à toutes, toutes les fois, ça fait que ça va l'aider dans sa priorisation. Mais, le reste ne m'appartient pas. C'est sûr qu'on y va peut-être une fois par semaine ou aux deux semaines pour nous donner une idée [...]. C'est pour ça que ma madame ne rentre pas. Bien, c'est correct.*

---

<sup>89</sup> Le niveau de priorité A25 est une des cotes d'un système de priorisation des dossiers d'utilisateurs en attente d'une place en CHSLD. Ce système comprend les cotes suivantes, présentées en ordre décroissant de priorité : A-35, A-30, A-25, A-15. Tel que prescrit par les MAH, la cote A-35 correspond à un délai d'attente d'au maximum une semaine et la cote A-15 à un délai de 45 jours. Cependant, nous avons constaté que ces délais sont souvent largement dépassés, en particulier pour les dossiers dont la cote de priorité est plus faible.

*Mais, nos clients n'arrêtent pas d'appeler; ils veulent des réponses. Puis, on ne sait pas quoi leur répondre.* (E1 IS2 CSSS A)

Comme nous pouvons le constater, la stratégie privilégiée par les IS dans le but de répondre à cette pression consiste à rappeler à l'utilisateur et à ses proches que le locus de la décision ne lui appartient pas. Les passages soulignés plus haut montrent que cette situation est déstabilisante pour les IS car leur marge de manœuvre se révèle très réduite. En ce sens, nous considérons que le repli stratégique des IS constitue une manière de jouer les règles de la régulation de contrôle comme un contre-pouvoir qui leur permet de s'opposer à une force externe, celle de l'utilisateur. La standardisation devient de ce point de vue une source d'autonomie. Dans une perspective plus globale, en raison de la position d'interface (Freynet, 1995) que les IS occupent entre les usagers et le CSSS, cette stratégie traduit la nécessité de réaliser leur activité en devant répondre à une double allégeance parce qu'elles sont redevables tant à leur employeur qu'aux usagers :

*[On ne travaille] pas pour les familles, on travaille avec les familles; ce n'est pas du tout la même chose. Tout en restant objective, parce qu'il ne faut pas oublier qu'on est entre deux chaises, il y a les valeurs de l'organisme, il y a les valeurs qu'on a comme professionnel de par la famille; donc, on est un peu squeezés là-dedans. Il faut essayer d'être en mesure de respecter les deux aspects. [...] Il faut comprendre le système, s'impliquer, comprendre, être partie prenante de l'organisation, mais, en même temps, être intègre vis-à-vis du client.* (E3 IS3 CSSS A)

Toutefois, comme nous le verrons plus bas, ce repli stratégique n'est pas toujours possible car, dans certaines situations, les compromis et le jeu des ajustements routiniers des règles ne permettent pas aux IS de répondre simultanément à cette double allégeance. Ce déficit de régulation les conduit alors à déployer des stratégies qui les amènent à déroger aux règles.

#### *4.3.3.4 Le rapport à la plainte, ou quand la dérogation aux outils standardisés devient explicite*

Dans les pages qui suivent, nous examinerons deux formes de dérogation aux règles émanant de la régulation de contrôle. Telles que nous les concevons ici, ces dérogations ne sont pas une

simple adaptation des règles pour tenir compte d'une situation singulière, elles apparaissent plutôt comme un contournement et une forme de déviance qui peuvent s'écarter des principes mêmes qui fondent ces règles.

Nous présenterons deux formes générales de dérogation. La première forme est explicite et survient en contexte de plaintes formulées par des usagers, tandis que la deuxième forme, que nous présentons à la section suivante (5.3.3.4), est implicite et implique une forme de jeu stratégique dans la mise en forme des informations cliniques contenues dans l'OEMC pour infléchir le cours des interventions au bénéfice d'un usager.

Dans certaines situations, les usagers et leurs proches peuvent manifester une opposition plus forte aux règles régissant les délais d'attente pour une place en hébergement institutionnel (MAH) qu'ils demandent ou s'opposer à une décision rendue par le mécanisme d'allocation de services (MAS) et qui ne va pas dans le sens de ce qu'ils souhaitent. Cette résistance peut se traduire par des récriminations répétées auprès des IS, voire par des menaces de plaintes formelles, notamment auprès du Commissaire aux plaintes<sup>90</sup>. Ce type de situation constitue une forme d'événement critique qui bouscule les règles du jeu car il expose les acteurs du CSSS à devoir justifier à un tiers, ce qui peut paraître comme étant de l'inaction de leur part, voire, dans le pire des scénarios, les exposer à l'opprobre publique<sup>91</sup> dans l'éventualité où une plainte serait médiatisée. En ce sens, nous considérons que les usagers porteurs de plaintes (ou simplement

---

<sup>90</sup> « Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. [...] il intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés » (MSSS, 2008b, p. 11).

<sup>91</sup> Le nombre de plaintes déposées et retenues contre un établissement est comptabilisé, publié dans le rapport annuel du CSSS et sujet à examen par diverses instances gouvernementales et paragouvernementales.

potentiellement porteurs de plaintes) se présentent collectivement comme une force de régulation externe à l'organisation. Or, cette force de régulation peut aussi apparaître comme une véritable forme de régulation de contrôle lorsque la plainte informelle se transforme en plainte formelle si elle est acheminée à une instance légale. Cette plainte formelle est alors sujette à diffusion par l'entremise de rapports annuels présentant le portrait exhaustif du nombre annuel de plaintes. Dans une logique de reddition de compte, cette démarche de diffusion se prête à des comparaisons d'une année à l'autre ou d'une organisation à l'autre, ce qui renforce le potentiel coercitif de la force de régulation exercée par les usagers. De surcroît, la capacité coercitive de cette force de régulation peut être amplifiée par la médiatisation de la plainte, comme le montre cet extrait :

*Ça fait des gros brouhahas parce que, ce qui est apeurant, c'est l'aspect médiatisation de la plainte. L'aspect « on va appeler [nom d'une émission d'affaire publique qui met à jour des problèmes rencontrés par la population dans la qualité des services prestés par le secteur public], on va en parler à la radio locale. » C'est ça, peut-être, qui fait le plus peur. (E3 IS1 CSSS A)*

La menace que constitue la plainte est alors portée collectivement par les instances décisionnelles du CSSS et les IS sous forme d'une imputabilité partagée:

*On ne va pas laisser [une intervenante] toute seule avec ce trouble-là; on va se le partager. Si, à un moment donné, il y a des rebonds, que ce soit des plaintes, que ce soit un article dans le journal, bien, au moins, la qualité des services qu'a rendus la gestionnaire de cas ne sera pas remise en cause parce que, justement, on va déjà le savoir, on va connaître le contexte. (E1 IS6 CSSS B)*

La crainte de la plainte peut conduire les acteurs décisionnels du CSSS à passer outre à ses propres règles afin d'apporter une réponse jugée satisfaisante par l'utilisateur. Les règles émanant de la régulation de contrôle ne sont pas modifiées ou traduites pour s'adapter à la situation singulière de l'utilisateur, mais plutôt soumises à une dérogation tacite, qui va se concrétiser en arrangement *ad hoc* et ponctuel :

*Je suis dans un dossier où ça n'a pas été une plainte officielle, mais ça a été à la*

*commissaire aux plaintes. [...] On m'a dit [d']offrir un service cinq étoiles à ce client-là. Le monsieur a passé par-dessus tout le monde pour avoir une évaluation d'aide au bain. Ça, c'est l'aspect plat parce qu'on ne respecte pas l'équité là-dedans. [...] C'est toujours officieux. Mais, c'est pour étouffer une insatisfaction par rapport à notre réseau. Moi, l'impression que ça me donne, ça crée l'effet inverse de la vague : « Si vous voulez quelque chose, faites une plainte. Vous allez avoir des choses que vous n'auriez pas ordinairement. » (E3 IS1 CSSS A)*

Ainsi, la menace de plainte a conduit les acteurs décisionnels et les IS à faire alliance en assujettissant le processus d'allocation de services non pas à un compromis classique entre régulation de contrôle et régulation autonome, mais à une forme particulière de régulation conjointe. Nous qualifions cette dernière de conjointe dans la mesure où elle résulte d'un compromis entre deux formes de régulation de contrôle : celle d'où émanent les ensembles de directives du CSSS et celle qui peut potentiellement provenir des usagers, lesquels, en contexte de plainte, sont parfois en mesure d'inverser le rapport de force entre eux et l'organisation. Ce type de situation nous illustre le fait que les IS se montrent plus favorables à la standardisation lorsque leur usage des outils standardisés préserve leur capacité de jeu, voire l'augmente au détriment de la capacité de jeu des autres acteurs, ce qui, en contexte de plainte, n'est évidemment pas le cas, d'où la résistance opposée par les IS à cette forme externe de régulation de contrôle. Dans une certaine mesure, la menace de plainte pourrait permettre à l'IS d'obtenir certaines dérogations aux règles au profit de l'utilisateur :

*C'est compliqué de savoir de quel bord tu travailles. Tu travailles pour éviter les plaintes, mais, d'un autre côté, tu travailles pour protéger les gens; ça fait que je fais quoi? Je ne peux pas dire : « Portez plainte »; si je le dis, je me fais chialer. Sauf qu'ils ont de belles pancartes pour dire de porter plainte si ça ne marche pas. [...] Subtilement, tu te promènes autour de la pancarte avec la famille [...], tu leur donnes une feuille. C'est contradictoire comme travail. (E3 IS4 CSSS A)*

Toutefois, en raison de la position d'interface que les IS occupent entre les usagers et le CSSS, ce jeu comporte bien des difficultés et pourrait compromettre leur rapport de force face au pouvoir de régulation constitué par les usagers.

#### *4.3.3.5 La tricherie, une forme de dérogation implicite aux outils standardisés*

Nous venons d'exposer certaines situations où le jeu avec les règles émanant de la régulation de contrôle prend la forme d'un compromis explicite entre les IS et des gestionnaires du CSSS dans lequel la frontière entre le contrôleur et le contrôlé se brouille.

Nos collectes de données nous ont permis de relever une autre forme de dérogation, davantage marginale. Cette dernière ne résulte ni d'une adaptation des règles à la singularité d'une situation clinique particulière à l'intérieur des limites du jeu prévu, ni d'une décision collective de déroger aux règles, mais plutôt d'une initiative personnelle et volontaire de détourner les règles existantes afin de répondre aux besoins d'un usager à l'encontre des possibles organisationnels tels qu'ils sont régulés. Bien que nous puissions difficilement déterminer la fréquence ou l'importance de ces stratégies dans l'activité des IS en raison du secret qui les entoure, nos observations nous amènent à penser qu'elles sont peu fréquentes, notamment en raison de la position d'interface des IS entre le CSSS et les usagers et de la double allégeance qu'implique cette position médiatrice. En ce sens, la dérogation à la règle constitue un événement critique relativement rare mais particulièrement signifiant, qui nous a permis d'accéder à l'argumentaire des IS pour justifier cette action, qui va au-delà de l'espace de jeu possible dans le cadre des règles existantes.

Les deux longues citations figurant ci-dessous illustrent ce type de dérogation marginale. La première citation relate une stratégie contraire à celle implicitement prescrite par le CSSS et qui consiste à inciter une proche-aidante à refuser de remplir son rôle en tout ou en partie, ce qui aura pour effet de contraindre le CSSS à offrir davantage de services à son conjoint. La deuxième citation met en scène une stratégie visant à manipuler légèrement les informations inscrites dans

un OEMC afin d'obtenir une cote Iso-SMAF différente de celle qui aurait été obtenue sans cette manipulation. Nous avons vu que le degré d'autonomie d'un usager par rapport à chacun des items du SMAF doit être interprété cliniquement. Or, en recourant à cette stratégie, l'IS peut montrer l'usager comme étant un peu moins autonome qu'il ne l'est réellement pour certains items du SMAF ce qui fait en sorte de modifier son profil Iso-SMAF. Cette stratégie permet de contrecarrer une décision prévisible du MAH tout en respectant les règles en vigueur car elle permet à un usager de résider dans le milieu de vie que l'IS considère le meilleur pour répondre à ses besoins singuliers. Comme le montrent les extraits que nous avons soulignés, la narration de cette tricherie n'est jamais explicite et demeure plus proche d'une évocation quasi tacite présentée comme étant exceptionnelle :

*Quand je sens que l'aidant a atteint sa limite, ça vient beaucoup plus me toucher. Là où les règles nous fatiguent, c'est quand on a l'impression qu'on en donne toujours plus au... Déjà qu'on ne répondait pas aux besoins à domicile, et là, il s'ajoute une hospitalisation ou quoi que ce soit et qu'on demande de le retourner à domicile, tu te dis : « Mon Dieu! L'aidant va péter au frette [sic]! » [...] c'est peut-être déjà arrivé que j'ai défendu mes dossiers dans ce sens-là, où j'ai suggéré fortement à une épouse de refuser catégoriquement de le reprendre ou de lui dire: « Écoutez, si vous ne pouvez vraiment plus, si le médecin vous appelle pour le congé de l'hôpital, vous dites que vous allez déménager si on le retourne chez vous. » On essaie de donner des trucs pour qu'ils puissent mettre leurs limites. Ça, à la limite, ce n'est pas faire dans les règles. Moi c'est plus par rapport à l'aidant. (E3 IS8 CSSS B)*

*C'est sûr que si tu lui fais dire ce que tu veux à l'OEMC, ça va paraître en fin de compte quand la personne va être hébergée. Donc, dans mon cas, ce n'est pas payant parce que c'est moi qui suis poignée pour le réévaluer si elle ne fitte pas dans le bon milieu de vie. Quand on a fermé [la RI X], je me suis prévalu de cette capacité-là parce que mes valeurs faisaient en sorte que ça ne se pouvait pas, sortir tout ce monde-là [de leur milieu de vie]. Des fois, il y a une trop grande marge, c'est impossible, mais, [quand] il y a une petite marge de rien, ça fait qu'ils sont restés dans leur milieu de vie. [...] Ceux dont la famille était [en ville] mais qui cotaient RI et qu'il y avait de la place [en RI seulement à l'autre bout du territoire que nous desservons], il y a toujours moyen qu'ils puissent coter CHSLD afin qu'ils [demeurent en ville], près de leur famille. Honnêtement, ce n'est pas quelque chose que je fais, mais je l'ai fait pour quelques clients parce que c'était trop. Je trouvais que fermer [ce milieu de vie], c'était inhumain. Je n'avais pas le choix [de libérer les places dans cette RI qui devait fermer], mais on dirait que c'était le seul pouvoir que j'avais de manifester mon mécontentement d'être obligée de faire cette job-*



*là, un pouvoir que j'avais pour limiter comment les gens allaient être perturbés [par ces déménagements]. (E1 ISX CSSS X)<sup>92</sup>*

Le premier extrait nous présente une intervention dans laquelle l'IS a légèrement dérogé aux règles. En effet, elle aurait dû orienter son intervention de manière à encourager les proches à maintenir leur rôle d'aidant. Dans le deuxième cas, on voit une situation où l'IS a volontairement manipulé certaines informations au moment de remplir l'OEMC. Bien que la cote de chacun des items de l'instrument soit sujette à une interprétation singulière qui s'appuie sur le jugement clinique de l'IS, cette dernière sait lorsque son interprétation de la situation outrepassa la latitude prévue l'OEMC et qu'elle devient abusive.

Ces deux situations témoignent de l'inconfort circonstanciel des IS à occuper une position d'interface entre le CSSS et les usagers lorsqu'elles se considèrent incapables de respecter la double allégeance inhérente à cette position dans leurs activités d'intervention. Dans ces circonstances, ni l'espace de jeu émanant de la régulation de contrôle, ni celui octroyé par la négociation de compromis s'inscrivant dans une régulation conjointe ne permettent de mettre en œuvre des moyens d'action pouvant répondre au besoin de l'utilisateur. La seule solution possible consiste alors à déroger aux règles, ce qui constitue une forme de régulation autonome.

#### *4.3.3.6 Faire jouer le jugement professionnel pour se dégager une marge d'autonomie*

Bien que les deux exemples de dérogation à la règle que nous venons d'exposer constituent des cas de figure significatifs pour illustrer dans quels contextes les IS peuvent s'opposer à certains effets de la standardisation, ils demeurent marginaux numériquement. Nous examinerons maintenant des situations beaucoup plus fréquentes dans l'activité des IS. Jusqu'ici, dans notre

---

<sup>92</sup> Pour cet extrait, nous avons volontairement gommé certaines informations afin d'assurer l'anonymat de l'IS.

exposé du rapport des IS à l'usage des outils de priorisation et d'allocation de services, nous avons centré notre attention sur le processus d'allocation de services. Nous porterons maintenant notre regard sur le processus d'évaluation en examinant une stratégie particulièrement prégnante que nous avons observée au CSSS B. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les demandes formulées par les IS du CSSS B auprès du mécanisme d'accès à des services (MAS) ou du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) ne peuvent pas être défendues en face à face devant les décideurs au sein de ces mécanismes. Le mouvement de standardisation procédurale à l'origine de ce changement dans le mode de fonctionnement des instances MAS-MAH a conduit les IS à adapter les stratégies qu'elles peuvent utiliser pour justifier la pertinence de leur demande et les appuyer sur leur expertise professionnelle. Plus précisément, ce mouvement a pour effet de circonscrire l'arène où les IS peuvent déployer leur expertise autour de stratégies rédactionnelles. En effet, plutôt que de négocier en face à face avec les acteurs décisionnels des instances MAS-MAH, les IS doivent justifier la pertinence des demandes d'allocation de services qu'elles formulent par l'intermédiaire des informations qu'elles colligent dans les documents qu'elles acheminent à ces acteurs.

En réponse à ce mode de fonctionnement, les IS du CSSS B ont adopté une stratégie de rédaction des OEMC consistant à anticiper les divers scénarios alternatifs à celui qu'elles soutiennent et qui sont susceptibles de leur être proposés par les acteurs des mécanismes MAS-MAH pour répondre à leurs demandes d'allocation de services, dont l'hébergement. Ces scénarios visent à reporter l'utilisation de ressources institutionnelles coûteuses et délétères pour l'autonomie des usagers, comme l'hébergement en CHSLD, en imposant/proposant l'examen de moyens alternatifs pour répondre aux besoins de ces usagers.

Par exemple, les acteurs décisionnels du MAH pourraient proposer aux IS de rehausser les services à domicile ou encore de solliciter davantage le réseau informel de l'utilisateur<sup>93</sup>, au lieu d'octroyer d'emblée une place en CHSLD. Ce n'est qu'une fois que chacun de ces scénarios alternatifs aura été examiné et que les IS auront démontré qu'ils ne sont pas adéquats que l'hébergement en CHSLD sera finalement accepté par le MAH. En ce sens, la stratégie mise en œuvre par les IS consiste à sortir l'évaluation des limites de sa stricte dimension de mesure de la perte d'autonomie fonctionnelle pour expliciter, par l'entremise de commentaires manuscrits, en quoi le caractère singulier du cas ne peut être pleinement capté par la dimension quantitative et standardisée de l'OEMC. Au final, l'exercice rédactionnel vise à arrimer chacune des parties de l'OEMC selon un plan d'ensemble qui justifie la demande formulée et écarte les scénarios alternatifs en démontrant que ces derniers ont été explicitement écartés parce qu'ils ne sont pas en mesure de répondre au caractère singulier de la demande de services présentée.

Pour l'IS, cette stratégie nécessite de prévoir l'interprétation que fera le MAS-MAH des règles issues de la régulation de contrôle et, en conséquence, de voir venir les coups pour être capable d'intégrer ce jeu à l'argumentaire soutenant sa demande de services. On le conçoit, ce jeu nécessite une bonne appropriation desdites règles et de l'espace de jeu qu'elles autorisent :

*Si je demande un hébergement public, je n'ai pas l'autonomie d'aller m'asseoir avec eux autres et de le défendre. Il faut que mon OEMC soit tellement parfait que ça va se lire, mais ce n'est pas évident parce qu'ils s'arrêtent déjà aux chiffres. (E1 IS6 CSSS B)*

*Chaque fois que je fais une demande au [MAH], je vais le noter que j'ai regardé cet aspect-là. Pour telle et telle raisons, ça n'a pas fonctionné, et c'est pour ça que je fais une demande. À ce moment-là, je te dirais que c'est une économie de temps parce que, sinon, c'est sûr que le [MAH] te reviennent et ils te questionnent : « Est-ce que tu as essayé ça? ». Le fait de le faire à l'avance, je prends de l'avance, en fait. (E3 IS8 CSSS B)*

*Mon évaluation tend à démontrer que ça ne se peut pas, qu'il y a trop d'affaires, que ce*

---

<sup>93</sup> Particulièrement, les proches-aidants.

*soit au niveau de la mobilité, que ce soit au niveau du comportement, que ce soit au niveau du jugement. [...] Quand je travaille pour faire une demande, que ce soit au [MAS ou au MAH], il faut que je m'assoie de l'autre bord et que je regarde ce que l'autre va me refiler. Ça fait qu'il faut que j'argumente avant pour me préparer, pour arriver préparée. « Non. » « Oui. » « Non. » Tu sais? « Je l'ai essayé, mais ça ne marche pas. ». (E3 IS5 CSSS B)*

Comme l'illustrent les extraits précédents, l'anticipation par les IS des autres scénarios qui pourraient leur être proposés ne constitue pas une forme de contournement ou de résistance par rapport aux règles émanant de la régulation de contrôle, mais plutôt une appropriation stratégique de ces règles parce que l'espace de la négociation reste inscrit dans le champ des possibilités organisationnelles du CSSS. Dans une certaine mesure, cet espace est reconnu par les concepteurs des outils cliniques, qui recommandent que l'évaluation soit faite sur la base du jugement clinique d'un professionnel reconnu plutôt que d'un simple agent appliquant des règles. La nécessité de mobiliser le jugement clinique dans l'espace de la régulation de contrôle institue une capacité de jouer avec les règles. Comme nous l'avons écrit plus haut, les formes de standardisation résultant de cette adaptabilité de l'instrumentation de l'activité de priorisation et d'allocation de services ont déplacé le jeu d'un espace où les règles apparaissent floues vers une arène dans laquelle la capacité de négociation des IS est instituée.

Cette compétence médiatrice repose sur la capacité des IS à jouer franc-jeu avec des règles explicites, mais aussi à anticiper les coups de l'adversaire. Il faut non seulement s'approprier les règles pour saisir la singularité de la situation clinique, mais également jouer pour contraindre la régulation de contrôle à partir de ses propres règles en montrant l'impossibilité de tout scénario alternatif à celui présenté par l'IS. De plus, les stratégies rédactionnelles qui sont déployées par les IS se présentent comme une forme de réappropriation symbolique du locus de la prise de décision et, par le fait même, comme une forme de persévérance de leur marge d'autonomie,

même si celle-ci est plus fortement balisée qu'auparavant du fait qu'elle s'inscrit dans espace circonscrit par les limites de l'ajustement des règles émanant de la régulation de contrôle.

Nous avons vu jusqu'à présent que, même si la régulation de contrôle balise fortement l'activité des IS, une marge d'autonomie existe et se prête à divers jeux selon les contextes. Cette marge est prévue dans le dispositif de standardisation. Nous examinerons maintenant un cas particulier où la régulation de contrôle s'est particulièrement imposée comme une entrave à l'action de l'IS : il s'agit d'une demande d'hébergement pour un usager qui réside à domicile avec sa conjointe. Cette dernière, qui agit comme proche-aidante, souhaite que son mari soit hébergé dans un milieu de vie institutionnel parce qu'elle est complètement épuisée et que les soins à donner à son conjoint sont devenus trop lourds pour ses capacités. En outre, monsieur avait déjà subi de la maltraitance financière de la part de ses enfants et l'IS avait dû intervenir pour faire cesser ces abus. Cependant, le profil Iso-SMAF de monsieur est nettement trop faible pour être admis en CHSLD mais suffisamment élevé pour être orienté vers un hébergement de type RI. Dans la demande acheminée au MAH, l'IS argue néanmoins de la nécessité d'un hébergement de type CHSLD parce qu'elle considère qu'un hébergement de type RI est inadapté en raison des abus vécus par monsieur dans le passé du fait de ses enfants :

*Étant donné que [les préposés de la RI] n'ont pas accès au dossier psychosocial de la personne, ça va causer un peu de trouble parce qu'ils vont se faire crier après [par la famille] et ils ne sont pas outillés pour répondre à ça. Je n'aurai pas le droit de dire aux préposés, ni même au propriétaire de la ressource RI, que ce monsieur-là a été victime d'abus, mais je devrai leur dire : « On ne fait pas confiance aux enfants. » Portefeuille : on ne fait pas confiance. Si les enfants disent : « Je viens chercher mon père. » Ou : « Mon père m'a demandé de venir chercher de l'argent dans la petite caisse. » « Pourquoi on ne lui fait pas confiance? » Je ne peux pas le leur dire. Ça pose un enjeu. Si cette personne-là était allée en CHSLD, il pourrait y avoir des chicanes, mais il y aurait eu un chef d'unité à quelque part pour se dresser et dire aux enfants : « Écoutez, on les connaît, le contexte et la situation, on va restreindre vos visites. (E1 IS6 C5SS B)*

Malgré l'argumentaire développé et soumis par l'IS, la demande d'hébergement en CHSLD est

refusée par le MAH et monsieur est orienté vers un hébergement de type RI. Rapidement, des tensions importantes se manifestent entre le personnel soignant et les enfants, qui déposent une plainte. Trois semaines seulement après le début de l'hébergement en RI, l'IS est convoquée à une réunion à laquelle participaient les agentes de coordinations professionnelle des deux équipes concernées, le responsable des services professionnels et l'agente administrative du MAH afin de comprendre pour quelle raison la situation avait dégénéré de la sorte :

*Ce n'est pas de la nouvelle information, c'était de l'information qu'on détenait, mais on m'a fait comme réponse : « C'est un profil 7; un profil 7, ça va en RI. » J'ai eu beau le défendre, quand les personnes, les quatre personnes du comité, disent : « Son jugement à elle versus le chiffre, on choisit le chiffre. (E1 IS6 CSSS B)*

Comme l'illustre la situation qui précède, l'IS s'est avérée incapable de faire valoir son expertise professionnelle puisque la décision initiale du MAH s'est plutôt arrimée à la stricte dimension quantitative de l'OEMC, bien que, dans un deuxième temps, cette décision ait été révisée pour s'aligner sur le jugement professionnel de l'IS. Cette dernière situation, en raison de sa grande complexité, met en lumière l'étroite relation dans l'activité entre les contraintes résultant de l'usage d'outils standardisés et le déploiement d'un jugement professionnel qui fait en sorte que les IS peuvent parfois être capables d'infléchir cette standardisation.

#### *4.3.3.7 La complexité clinique comme point de bascule entre contrainte et habilitation dans l'usage de l'OEMC*

Nous avons vu que l'usage de diverses composantes de l'OEMC pouvait, selon les contextes, s'inscrire comme une contrainte ou comme un facilitateur dans l'activité des IS. Nous approfondirons cette double dimension en analysant le rapport qu'entretiennent les IS à l'OEMC dans le cadre de l'exercice du jugement professionnel en contexte de complexité clinique. L'une des caractéristiques constitutives de leur profession, telle que se la représentent les IS, se retrouve dans l'omniprésence de la dimension relationnelle de leur travail :

*On est TS, ce n'est pas pour rien. [...] C'est pour être présent auprès des gens, pas juste pour faire de la paperasse. (E1 IS7 CSSS B)*

*C'est du monde super indépendant, il faut que tu crées le lien, tranquillement, pas vite, pour les amener à te parler, à exprimer, à verbaliser ce qu'ils vivent, mettre en place graduellement des services, respecter leur rythme; [...] les démarches entourant ça, c'est sûr que c'est du travail social. (E3 IS2 CSSS A)*

En ce sens, les activités de courtage de services, du moins les activités procéduro-administratives qui y sont rattachées, sont considérées par les IS comme étant loin du cœur de leur profession parce qu'elles font peu appel à leur expertise propre et à leurs connaissances. De même, dans les contextes d'intervention plus simples et routiniers, l'usage de l'OEMC est associé à une forme de standardisation procédurale :

*Il y a des périodes [...] où je trouve que je ne suis pas une travailleuse sociale à cause de tous les outils qu'on a à remplir, dont l'outil d'évaluation multiclientèle [...]. On a tellement plein d'outils qu'on dirait que je me sens comme une fonctionnaire qui remplit des papiers. Puis, on fait moins d'interventions. C'est parce qu'on est moins un outil, nous, nous-mêmes. (E1 IS 2 CSSS A)*

Toutefois, comme nous l'avons vu plus haut, la complexité clinique dans laquelle interviennent les IS auprès des usagers constitue un point de bascule dans leur perception de la pertinence de l'OEMC. Dans les situations cliniques qui sont particulièrement complexes, les IS considèrent que l'OEMC peut soutenir l'exercice de leur jugement professionnel. En outre, l'usage de l'OEMC en contexte de complexité permet d'inscrire la standardisation dans l'activité parce que les règles émanant de la régulation de contrôle, conçues pour être des balises générales, doivent être interprétées pour chaque cas singulier et qu'une marge d'autonomie peut encore se déployer dans l'espace de la relation avec l'utilisateur :

*J'ai plusieurs cas de troubles cognitifs pour lesquels, à un moment donné, on va peut-être être obligé d'aller faire des régimes de protection, et peut-être même aller en cour pour des ordonnances de placement. Je vais me sentir une travailleuse sociale dans ce temps-là [et] l'OEMC va m'aider. (E1 IS2 CSSS A)*

*On est les professionnels des observations. On ne met pas les gens en action, on ne fait pas d'évaluation standardisée, mais on est des professionnels de l'observation de ce qu'on voit, de ce qu'on ramène comme observations [...]. Je trouve que l'outil multiclientèle est conçu pour être rempli par un TS. On est des professionnels de la relation interpersonnelle, on est capable d'aller chercher chez les personnes les éléments importants pour faire ces outils-là. (E1 IS1 CSSS A)*

Comme nous pouvons le constater, l'OEMC n'est pas fondamentalement considéré comme une entrave à l'autonomie dans l'activité. En outre, bien qu'elle soit liée à son degré d'appropriation, la pertinence de l'OEMC à soutenir l'intervention est reconnue par les IS.

Nous avons vu que l'OEMC est constitué de deux parties, à savoir la partie SMAF, dont les résultats servent directement à calculer le profil Iso-SMAF et qui contient des informations essentiellement cliniques mais consignées de manière quantitative, et les autres parties de l'outil, qui permettent d'évaluer qualitativement un ensemble de dimensions prédéterminées du vécu singulier d'un usager. Nous avons vu dans la section 5.3.3.3 que les IS utilisaient les composantes qualitatives de l'OEMC pour alimenter leur argumentaire lors de négociation avec les mécanismes MAH-MAS, qui représentent des instances décisionnelles. Ainsi, la partie SMAF et quantitative de l'OEMC est considérée comme étant vectrice d'une forme de standardisation procédurale en raison du rôle joué par les profils Iso-SMAF pour orienter la suite des actions alors que la partie qualitative de l'OEMC, du fait qu'elle laisse place à l'exercice du jugement clinique, permet dans une certaine limite de s'émanciper d'une standardisation mécaniste :

*L'outil multiclientèle, c'est un tout. C'est MON outil d'intervention. Ce n'est pas juste le chiffre [...]. Toutes les difficultés de dormir, où je mets ça? Ce n'est pas dans le SMAF qu'[on explique que] madame, on la prépare pour les repas et elle arrive en retard à la salle à manger, et que, depuis dix heures et demie, on lui dit de venir. Ça ne rentre nulle part dans le SMAF. Ça, c'est vraiment dans d'autres choses. C'est dans la synthèse, dans l'alimentation. C'est un tout. Le profil me sert presque qu'exclusivement quand je veux faire des demandes d'hébergement ou que je me demande si elle est encore dans le bon milieu. Mais c'est théorique. Dans le fond, je le sais qu'elle n'est pas dans le bon milieu.*



Le profil me sert juste à dire aux familles qu'elle ne correspond pas au CHSLD parce que, eux autres, ils les voient tous en CHSLD. (E1 IS5 CSSS B)

En ce sens, nous avons vu que l'une des conditions qui pouvaient permettre d'infléchir les décisions prises par les instances MAH-MAS dans le sens des demandes formulées par les IS réside dans leur capacité à mobiliser les catégories conceptuelles inscrites comme standards de conception dans l'OEMC pour traduire la complexité clinique propre à la situation singulière d'un usager :

*L'[évaluation du] dossier est orientée sur le profil Iso-SMAF, donc sur le SMAF. Est-ce qu'on tient compte de l'OEMC? Parce que la partie psychosociale, souvent, c'est ça qui joue [car] le profil Iso-SMAF ne tient pas compte des facteurs psychosociaux. [...] Donc, c'est là où il faut que tu argumentes. Si un intervenant ne le fait pas, c'est le client au bout de la ligne qui risque d'écoper. (E3 IS7 CSSS B)*

*Je trouve que le jugement professionnel vient beaucoup des deux autres parties, qui sont les parties aide-mémoire, où je vais venir nuancer mon profil Iso-SMAF. Si j'ai une cliente avec un profil 10 qui n'a pas de problème de comportement et qui dort la nuit, ce n'est pas la même chose qu'avoir un profil 10 qui fait de l'errance, qui se sauve et qui refuse de manger. (E1 IS1 CSSS A)*

À la lumière de ce qui précède, l'on comprend que l'usage de l'OEMC, malgré les formes de standardisation conceptuelle et terminologique qui en résultent, peut soutenir l'expertise professionnelle des IS. En fait, dans leur rapport à la standardisation, la résistance des IS, loin d'être générale, se manifeste quand l'usage institutionnel de l'outil standardisé par l'organisation peut potentiellement supplanter l'exercice du jugement professionnel :

*Écoutez l'opinion professionnelle, on est là pour ça. [...] Ne vous fiez pas juste tout le temps sur un chiffre. (E3 IS3 CSSS B)*

*Ça dépend du niveau d'ingérence dans nos interventions, ça dépend du contrôle qu'on va vouloir exercer. Si on perd notre aspect professionnel [...] si on perd l'aspect de la confiance au professionnel, de l'analyse qu'il fait de la situation et de la façon dont il veut mener son dossier, ça va me déranger. Mais, si c'est pour questionner, revoir, maximiser, pour aller plus loin dans notre démarche, non, je ne vois pas ça [négativement]. (E3 IS1 CSSS A)*

*Elle est bien cadrée par des normes, mais je trouve que j'ai quand même une autonomie. [...] On prend encore en compte notre jugement clinique [de] travailleur social. Je pense*

*que c'est là où je définirais mon autonomie comme intervenant. Dans la mesure où je peux faire part de mon analyse de la situation et que c'est encore pris en considération. [...] On me fait confiance, on a des standards, et on intervient à l'intérieur de ces cadres-là. (E1 IS1 CSSS A)*

En outre, comme le laissent entendre de manière plus ou moins explicite les extraits qui précèdent et comme l'indique la citation figurant ci-dessous, la résistance des IS, loin d'être généralisée, s'exprime dans les contextes où l'usage de l'OEMC peut engendrer une trop forte standardisation procédurale de l'activité en modifiant de manière significative le cours du processus d'intervention :

*Quand on nous dit qu'un profil 10 va aller à telle place [ou qu'avec] un profil 6, il va se passer telle affaire, je suis la première à lever ma main et à demander : « Est-ce qu'on va encore prendre en considération le jugement qu'on va faire de la situation ? » [...] Il ne faudrait pas que notre intervention finisse par toujours arriver à un chiffre et que le chiffre fasse foi de tout. [Dans ce cas], on fera remplir des tests directement par la personne, ça donnera un chiffre, puis on mettra les services déjà préconçus en place. (E1 IS1 CSSSA)*

En conclusion, la résistance que l'on peut observer dans le rapport des IS à l'usage d'outils standardisés concerne ultimement moins la standardisation en tant que telle qu'une crainte des IS face à la possibilité d'un usage restrictif et mécaniste des outils standardisés par leur CSSS. L'extrait suivant a été scindé en deux parties pour mettre en exergue la part d'habilitation et de contrainte telle qu'elle est perçue :

*Il y a toujours deux côtés à une médaille. [...] j'ai toujours trouvé que la pratique du travail social était une pratique un peu nébuleuse. Je pense que ça a parti avec une attitude un peu grano [sic] au début : « Nous autres, on aide les gens. » [...] Tranquillement, ce qui est intéressant, c'est qu'on formalise notre pratique. On est en train de mettre des termes sur c'est quoi qu'on fait nous autres et c'est quoi notre spécificité comme travailleur social, et en standardisant la pratique, en uniformisant tout ça, ça nous donne des standards d'intervention et des repères, c'est très rassurant et ça guide notre intervention [...].*

*Mais de l'autre côté, ça va dépendre de comment est-ce qu'on va se servir de cette standardisation-là. Est-ce qu'on va continuer à donner de l'importance à l'aspect de l'analyse professionnelle qu'on fait d'une situation? Il est là, le plus grand enjeu. (E1 IS1 CSSS A)*

À la lumière de ce qui précède, le mouvement de standardisation qui accompagne l'usage d'outils

standardisés se voit attribuer une valence positive. Bien que l'on voie apparaître une certaine forme de résistance, cette dernière n'est pas aussi omniprésente que nous aurions pu le penser. En fait, l'adhésion des IS est liée au maintien d'un espace d'autonomie qui prend forme autour de deux dimensions de leur activité. La première dimension a trait à l'exercice de leur jugement professionnel en interaction avec l'outil, donc elle est liée à leur capacité à juger de manière autonome des situations singulières. La deuxième est en rapport avec leur capacité à décider de manière autonome des actions à mener dans leur activité. C'est donc leur capacité à jouer avec les règles qui se situe au cœur de leur rapport à la standardisation. Ces constats apportent des pistes de réponse à l'égard des éléments qui influent sur l'adhésion des IS à la standardisation, ce qui correspond à l'un de nos objectifs de recherche.

#### ***4.3.4 Les outils de planification de l'intervention***

Nous avons vu que les PSI constituent une composante clé du modèle d'intégration des services promu par la réforme de 2004. En principe, la rédaction d'un PI ou d'un PSI devrait découler directement des besoins de l'utilisateur décelés lors de l'évaluation produite avec l'OEMC. Or, comme le montrent nos résultats, au moment de notre collecte de données, l'usage des PSI était très peu présent dans les deux CSSS à l'étude<sup>94</sup>. Ce constat nous conduit à examiner l'usage des divers plans chez les IS dans une perspective plus large, c'est-à-dire en incluant l'usage du plan d'interventions (PI), qui représente l'outil disciplinaire spécifique aux IS. Or, même en opérant ce changement de perspective, l'usage de plans demeure limité. Précisons que l'usage des PI-PSI tel que nous le concevons ici englobe deux types d'activité distinctes, soit leur rédaction initiale et

---

<sup>94</sup> Comme nous l'avons expliqué précédemment, ce constat n'est pas spécifique aux deux CSSS à l'étude. Il est similaire pour l'ensemble des CSSS au Québec, comme le montrent les données qui ont été récoltées par le MSSS par l'entremise de l'OSIRSIPA et selon lesquelles le PSI se présente comme la composante des réseaux de services intégrés la plus faiblement implantée.

leur mise à jour régulière en appui sur une évaluation préalable de l'utilisateur et leur utilisation pour soutenir l'activité d'intervention clinique de l'IS et celle des autres professionnels au dossier.

Dans un premier temps, nous examinerons l'usage des PI-PSI par les IS en montrant que sous certains aspects, ils se distinguent de manière importante d'un CSSS à l'autre. Dans un deuxième temps, nous dégagerons certains aspects saillants et transversaux qui caractérisent leur usage très limité par les IS. Finalement, nous ferons état d'un certain nombre de conditions particulières qui, aux yeux des IS, valorisent l'usage d'outils standardisés de planification de l'intervention.

#### 4.3.4.1 L'usage des PSI au CSSS A

Les IS du CSSS A n'ont qu'une représentation très floue des PSI en contexte de PALV et leur usage des PSI semble quasi inexistant :

*Je ne sais même pas à quoi ça ressemble, un PSI fait live, je n'ai jamais vu ça. Et, je ne sais même pas s'ils prenaient la feuille rose ou s'ils prenaient un autre formulaire; je m'en ai aucune idée. (E1 IS2 CSSS A)*

Dans le même sens, nous avons pu constater que les IS confondaient parfois PI et PSI. Toutefois, pour certaines intervenantes, le PSI ne leur est pas totalement inconnu car elles ont travaillé avec cet outil lors d'expériences professionnelles antérieures, dans le champ de l'intervention jeunesse auprès des familles :

*Quand je travaillais [dans le secteur] jeunesse, je le faisais avec le parent; on déterminait des objectifs comme il faut le faire normalement. (E1 IS1 CSSS A)*

De manière globale, nous avons constaté que l'usage de PSI, et surtout de PI, constitue une nouvelle pratique au CSSS A. Bien que l'obligation de rédiger des PI et des PSI fasse partie de prescriptions dont on retrouve la trace dans les écrits organisationnels du CSSS A, nous avons pu constater qu'il existe un écart important entre ces prescriptions et les usages effectifs, l'usage des

PSI demeurant pratiquement inexistant<sup>95</sup> et celui des PI étant très variable d'une IS à l'autre. Bien que l'usage des PSI soit pourtant prescrit par la direction du CSSS dans certains contextes et que les règles à cet effet soient claires, les IS ne semblent pas leur attribuer de légitimité clinique<sup>96</sup>. Ainsi leur représentation des PSI demeure davantage cantonnée dans la logique d'un usage procéduro-administratif :

*Moi, j'ai des PI dans tous mes dossiers [mais] pas de PSI. [...] La direction nous disait : « Faites vos PI », mais je pense que la charge de travail, et le fait que les intervenants ne voyaient pas nécessairement à quoi ça pouvait leur servir parce que ce n'était pas nécessairement utilisé, ça a fait en sorte que ça a été beaucoup délaissé. (E3 et E1 IS1 CSSS A)*

En outre, au moment où nous faisons notre collecte de données, nous avons compris que la volonté des acteurs décisionnels du PALV CSSS A de renforcer l'usage des PI-PSI chez les IS s'inscrivait dans la mouvance des démarches d'accréditation d'Agrément Canada :

*Ça, c'est la nouveauté de l'agrément; avant l'agrément, il n'y avait pas de PSI. (E1 IS1 CSSS A)*

*[Depuis la visite d'accréditation], mes plans d'intervention, je les fais quasiment automatiquement, ils sont quasiment tous faits [...]. Moi, ça m'a permis de mettre un équilibre et d'essayer justement de mettre mes affaires plus à jour, mais aussi pour que si l'agrément vient à repasser. On le sait qu'il faut en faire de toute façon, c'est une loi, on l'a toujours su. Si [notre ordre professionnel] vient [examiner la qualité et le respect des règles dans notre tenue de dossiers], il faut que ça soit fait. J'essaye d'être plus correcte (E1-IS2 CSSS A)*

Comme le montre l'extrait qui précède, la visite d'accréditation d'Agrément Canada a réactivé la régulation de contrôle dont les intervenantes reconnaissent en gros la légitimité en ce qui a trait au PSI.

---

<sup>95</sup> Nous avons trouvé des documents qui expliquent dans quel contexte les PSI devraient être utilisés. De plus, les IS de de CSSS semblent connaître les règles générales qui s'appliquent. Cependant, aucune d'elles ne nous a relaté en avoir déjà rédigé ou avoir eu connaissance de son usage chez des collègues.

<sup>96</sup> On peut penser que l'absence de pratique de gestion de cas dans ce CSSS explique en partie le très faible usage du PSI. À contrario, nous avons constaté que le discours des IS du CSSS B, majoritairement gestionnaires de cas, porte essentiellement sur les PSI plutôt que sur les PI.

#### 4.3.4.2 L'usage des PSI au CSSS B

Dans le cas des IS du CSSS B, les représentations et les usages du PSI-PI paraissent plus riches et plus diversifiés que chez les IS du CSSS A et portent essentiellement sur les PSI. Ceci s'explique par un historique d'usage beaucoup plus ancien comportant plusieurs épisodes. Ainsi, certaines IS du CSSS ayant plus de métier ont déjà utilisé le PSI couramment, alors que les intervenantes novices ont pratiquement abandonné son usage :

*La majorité des intervenants n'ont aucune idée de ce que c'est et à quoi ça sert. Je me demande encore si ça existe dans notre établissement. (E1 IS6- CSSS B)*

Nous reviendrons plus loin sur certains éléments circonstanciels qui soutenaient la légitimité des PSI. Toutefois, force est de constater que, par rapport à la situation antérieure, l'usage que nous avons observé traduit un recul important dans les pratiques des IS. Nos observations nous ont amené à constater que ce recul, bien que significatif, est circonstanciel et est étroitement lié à l'implantation de la nouvelle plateforme informatique RSIPA en 2010. En outre, il ne semble pas y avoir de règles explicites émanant de la direction, ce qui fait que l'usage du PSI est laissé à la bonne volonté des IS. En effet, malgré un usage des PSI qui se caractérisait par une légitimité mitigée et un usage limité mais tout de même existant chez les IS depuis le début de la gestion de cas, nos données ont permis de comprendre que les standards de conception de la nouvelle plateforme informatique ont entravé sensiblement cet usage déjà très limité. En ce sens, une seule des quatre IS du CSSS B que nous avons rencontrées s'est véritablement approprié le PSI en l'utilisant de manière routinière. L'extrait qui suit, scindé en deux parties, illustre ce changement dans l'usage du PSI à la suite du remplacement de la plateforme informatique :

*[Avant l'implantation du RSIPA], tous mes dossiers avaient un PSI. Quand j'allais à domicile, j'avais mon PSI avec moi tout le temps. Ça m'aidait pour présenter une demande [de services à domicile]. Ça me faisait un aide-mémoire de ce qu'il y avait, un portrait. Ça*

*ne dit pas tout, mais ça dit les grandes affaires. [...] D'un dossier à l'autre, d'une fois à l'autre, on oublie. (E1 IS5 CSSS B)<sup>97</sup>*

*[Depuis l'implantation du RSIPA], je ne fais plus de PSI. J'y crois, au PSI. [...] j'aimais ça, faire des PSI; j'étais vendue au PSI [...] Mais, actuellement, dans l'outil RSIPA, il n'y en a pas de tableau; je ne vois pas autrement qu'un tableau pour synthétiser les informations. (E1 IS5 CSSS B)*

Pour cette IS, le changement de plateforme informatique se présente comme un événement critique qui a mené à l'abandon du PSI car l'introduction de nouveaux standards de conception a fait en sorte qu'il n'était plus possible de réaliser des PSI sous une forme synthétique et efficace par l'intermédiaire de documents plus lisibles, modifiables et partageables avec d'autres acteurs.

Bien que l'implantation de la plateforme informatique RSIPA puisse être considéré comme l'événement ayant contribué à enfoncer le dernier clou du cercueil de son non-usage, il s'avère que l'usage du PSI qui préexistait semblait plus proche d'une activité procéduro-administrative que d'une logique clinique. Écrit autrement, l'usage des PSI répondait aux obligations découlant des ensembles de règles émanant de la régulation de contrôle au plan de la forme attendue sans toutefois respecter les fondements conceptuels qui sont inscrits dans les PSI et qui devraient guider l'intervention. Comme nous l'avons constaté avec les usages de l'OEMC au CSSS A, les IS du CSSS B n'attribuent qu'une faible efficacité au PSI dans le cadre de leur activité :

*Le PSI ne me servait pas à grand-chose. Je le faisais par protocole de le faire. (E3 IS8 CSSS B)*

*Des fois, j'en vois, des PSI, mais je me demande toujours : « La personne, quand elle l'a rédigé, ça a répondu à quels besoins? » Ça a répondu à un besoin administratif de dire : « J'ai fait un PSI. ». Comme équipe, ça ne nous a pas plus outillés. (E3 IS6 CSSS B)*

*C'est une commande ministérielle : on est obligé d'en faire dans nos évaluations. Est-ce*

---

<sup>97</sup> L'usage du PSI comme aide-mémoire constitue une forme d'usage conceptuellement limitée du PSI. Nous verrons plus loin que dans le cas de cette IS, cet usage prend aussi sous d'autres formes.

*que je le fais avec une grande rigueur? Non. La raison est toute simple : c'est parce que je n'en vois pas l'utilité dans mon quotidien [...] Je le fais quand je fais ma réévaluation annuelle; je vais rédiger mon évaluation, mon OÉMC-SMAF, je fais ma synthèse, et après, je vais faire le PSI. Mais, j'ai l'impression que je me répète. C'est une perte de temps. (E1 IS7 CSSS B)*

Même si les contextes organisationnels au sein desquels les IS utilisent les PSI diffèrent entre les deux CSSS, il s'avère, à l'exception de certaines pratiques singulières, que, pour les IS des deux CSSS, l'usage des PSI souffre d'un déficit de légitimité parce qu'elles ne lui attribuent qu'une faible pertinence pour soutenir la planification de leur action clinique. En outre, la régulation de contrôle provenant des directions respectives des deux CSSS ne semble pas avoir été en mesure d'imposer des règles claires relativement à la forme et au contenu des PSI (à part l'obligation de les mettre à jour annuellement) et d'appliquer certaines mesures coercitives pour sanctionner les pratiques déviantes. Ainsi, nous devons constater que les règles relatives à l'usage des PSI ne sont pas considérées légitimes par les IS parce qu'elles n'attribuent à cet outil qu'une faible capacité à soutenir l'efficacité clinique de leur activité. Cela a conduit à un affaiblissement de la régulation de contrôle au profit d'une régulation autonome, voire d'une certaine forme de régulation conjointe car le respect de la forme, revenant à rédiger des PSI pour répondre à une obligation ministérielle, au détriment du sens, consistant à utiliser les PSI afin de soutenir l'activité clinique, semble être une pratique partagée et temporairement acceptée par la direction du CSSS.

En fait, plusieurs IS du CSSS B nous ont expliqué que, dans leur pratique, la rédaction de la synthèse de l'OEMC remplirait la même fonction que la rédaction du PSI en synthétisant les besoins de l'utilisateur et les services reçus pour répondre à ces besoins<sup>98</sup>. En outre, le canevas de rédaction de la synthèse a fait l'objet de prescriptions explicites, comme le montre l'annexe X :

---

<sup>98</sup> Le PSI peut faire beaucoup plus (Voir Somme, Hébert, Bravo et Blanchard (2004) ou Couturier, Gagnon, Belzile et Salles, 2013), mais force est de constater que cette plus-value n'est pas perçue par ses utilisateurs.



*Je faisais [des PSI] mais je n'allais jamais [les] revoir parce que je trouve que, dans l'OEMC, il y a des sections où tu peux marquer tous les services en place [...] Quand je [veux] avoir une idée des services, je vais voir ces deux sections-là. (E1 IS8 CSSS B)*

Dans les deux CSSS, la régulation de contrôle à l'égard de l'usage du PSI se montra donc relativement faible à imposer des règles pour encadrer cet usage, et cette faiblesse a été accentuée par un événement critique majeur, à savoir l'implantation de la plateforme informatique RSIPA, dont les standards de conception se sont avérés mal adaptés à l'activité réelle. Enfin, la légitimité du PSI est également atteinte par le fait que les organisations (MSSS, ASSS et CSSS) n'ont pas été en mesure de mettre en place des conditions pouvant soutenir un usage plus important<sup>99</sup> dans l'activité. Dans ce contexte, les IS ont intérêt à adopter des pratiques informelles de planification. En outre, ces dernières rendent plus difficile le monitoring de la performance organisationnelle par un acteur externe. De facto, on peut avancer l'idée qu'il y a convergence d'intérêts entre les acteurs décisionnels du CSSS B et les IS à ne pas mettre en pratique une régulation de contrôle de niveau national qui, dans sa forme actuelle, demeure essentiellement discursive<sup>100</sup>. Étant donné l'usage répandu des synthèses que l'on retrouve dans les OEMC comme outils de planification et de partage de l'information pour suppléer aux PSI, on peut considérer que cette adaptation, même si elle se présente comme une forme de contournement des règles, est proche d'une forme de régulation conjointe où l'une et l'autre des parties conviennent de ne pas en faire plus<sup>101</sup>. En effet, le compromis résultant de cette adaptation, même s'il n'est pas explicitement institutionnalisé et formalisé, paraît largement et implicitement accepté par la direction du CSSS B.

---

<sup>99</sup> Par exemple, en l'absence d'une caisse d'assurance autonomie, de la définition d'un panier de services explicites ouvrant à un droit, et l'absence de pratiques de monitoring de l'écart entre le requis et le fourni.

<sup>100</sup> Cela traduit l'état d'avancement du projet intégrateur dans ces CSSS mais aussi au MSSS.

<sup>101</sup> Lors de nos journées d'observation, les IS nous ont expliqué que la direction de leur établissement se montrait tolérante par rapport à l'usage limité du PSI. En fait, comme nous l'avons mentionné plus haut, l'usage du PSI au CSSS B a connu un recul depuis l'implantation de la plateforme RSIPA. En ce sens, au moment de notre collecte de données, l'usage du PSI, même s'il était discordant avec les règles prescrites, était toléré parce qu'il ne constituait pas un chantier prioritaire pour l'équipe de direction du CSSS.

#### *4.3.4.3 La résistance à l'usage de PI-PSI comme difficulté à penser proaction et coaction*

Au-delà des limites attribuées par les IS à la conception et à la faible légitimité clinique des PI-PSI, la résistance des IS à l'usage des outils de planification de l'intervention traduit un enjeu clinique plus fondamental, soit une difficulté à inscrire leur intervention telle qu'elles peuvent la faire (ou veulent la faire) dans le cadre des contingences organisationnelles qui leur est propre, dans une logique de proaction. Par cette dernière, nous entendons des activités d'intervention qui s'articulent autour d'un projet d'intervention dont les cibles d'action sont objectivées et arrimées aux besoins singuliers des usagers et planifiées selon une perspective temporelle qui compte de la réponse aux besoins immédiats mais qui se veut également anticipatrice en concevant l'intervention selon une temporalité plus longue que celle des besoins immédiats, notamment en regard de l'évolution probable de la situation de cet usager. En effet, comme le révèlent les extraits qui suivent, les IS agissent plutôt selon une logique de réaction en réponse aux évènements qui surgissent dans la situation des usagers et qui entravent le maintien de leur autonomie. Ainsi, l'action au cœur de l'activité d'intervention est plus proche d'une réaction *in situ* visant à remédier aux problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent, ce qui va à l'encontre des bonnes pratiques de gestion de cas (par exemple, la Commission for Case Manager Certification, 2009). Nous montrerons plus loin (section 5.4) que l'insuffisance des ressources pour répondre aux besoins des usagers constitue un facteur majeur pour comprendre la prégnance de cette logique réactive :

*On y va quand il y a un problème qui sort, [alors on cherche] la solution. C'est comme si on ne fait tellement pas de prévision de ce dont la personne va avoir besoin ou a besoin qu'on passe peut-être à côté des choses qu'on pourrait entreprendre. (E3 IS6 CSSS B)*

En outre, ce défaut de proaction dans l'activité est aggravé par une externalisation du locus du monitoring de l'évolution de l'autonomie des usagers. En effet, la surveillance de l'évolution de

la condition des usagers repose moins entre les mains des IS surchargées que sur l'utilisateur et ses proches. Ainsi, au lieu de suivre de près l'évolution de la condition des usagers à domicile pour être en mesure d'anticiper une dégradation éventuelle, les IS vont s'appuyer sur des acteurs périphériques qui peuvent les informer des changements qui se produisent dans l'évolution de la condition ou des besoins de ces usagers :

*Je dis beaucoup à mes clients : « Vous êtes les yeux sur le terrain. Je ne peux pas être là toutes les semaines pour voir comment ça se passe. S'il se passe quelque chose, vous me rappelez ». Je m'attends davantage à ce qu'ils m'appellent en cas de besoin que moi [j'aille] les voir. (E3 IS1 CSSS A)*

Comme nous pouvons le constater dans les deux extraits soulignés, l'intervention auprès des usagers de manière proactive constitue un véritable enjeu clinique pour les IS.

Cependant, la proactivité n'est pas totalement absente de l'activité des IS. Nous constatons que la résistance des intervenantes est moindre lorsqu'elles parviennent à mettre cette proactivité en œuvre de façon discrétionnaire dans leur activité d'intervention plutôt que de l'inscrire dans une perspective collective et formalisée (et institutionnelle) qui en contraint les modalités. D'une certaine manière, même si, en principe, l'exigence légale et clinique de planifier l'intervention est reconnue positive, les IS l'associent de facto à une contrainte à leur autonomie professionnelle :

*[Quand on rédige un plan d'intervention], on se met une date de révision [...]. Ça va m'amener à faire plus de suivi, que je faisais au besoin ou quand bon me semblait. Ça m'oblige à faire un suivi un peu plus serré et à vérifier plus mes objectifs parce qu'il y en a qu'on échappait et qu'on le savait. On mettait en place un service, et, finalement, on n'avait pas le temps de le réviser, ça fait qu'il l'avait pour toujours. Ça fait qu'en faisant ça comme ça, je vais en échapper moins. Et, je vais peut-être aussi prévenir des crises ou [maintenir] quelqu'un plus longtemps à domicile. Des fois, il suffit juste de faire un coup de fil, et c'est comme : « Oups! » Tu décèles quelque chose. Tu n'aurais même pas appelé et c'était important. (E1 IS2 CSSS A)*

Comme le montre l'extrait ci-haut, l'insertion de l'activité des IS dans une logique de proaction

par l'intermédiaire d'outils standardisés de planification de l'intervention force les IS à inscrire cette activité en train de se faire dans une temporalité plus longue et à l'arrimer à une suite logique d'actions découlant d'un vaste ensemble de règles, celles provenant des mécanismes de priorisation et d'allocation de services et celles découlant des catégories conceptuelles inscrites dans l'OEMC. On le constate, l'usage des outils standardisé de planification tel qu'il prend forme dans l'activité des IS laisse place de manière limitée à une logique de proaction. En outre, l'on note que cet usage répond davantage à une forme de régulation autonome qu'à une régulation de contrôle<sup>102</sup>.

#### *4.3.4.4 Les plans d'intervention comme moyen de coercition*

Jusqu'ici dans notre exposition des usages des PI-PSI, nous avons mis en lumière les limites que les IS attribuent à l'usage des PSI et les stratégies qu'elles utilisent dans le but de réguler leur activité selon une forme de régulation autonome. Or, nous avons dégagé certains contextes d'usage spécifiques dans lesquels les IS attribuent une valence positive aux outils standardisés de planification de l'intervention.

Dans la première illustration que nous exposons, l'usage d'un PI présente certes une valence positive, mais cette dernière demeure virtuelle car elle est conditionnelle à l'apparition de certains facteurs de risque dans l'évolution de la situation singulière d'un usager. Comme on le voit dans la situation qui suit, c'est l'apparition de certains changements dans la condition clinique d'une usagère qui fera en sorte que l'IS considérera qu'il est nécessaire de rédiger un plan

---

<sup>102</sup> Cela comporte probablement un coût important au plan de la qualité des services. Une action non planifiée fait en sorte qu'il est plus malaisé d'obtenir le consentement éclairé de l'usager, s'avère difficilement évaluable par tout tiers, que ce soit un supérieur, un ordre professionnel ou même un juge, et rend problématique une coordination efficiente des services.

d'intervention. Dans cette situation, l'apparition de troubles de comportement chez l'usagère peut engendrer des risques pour sa sécurité voire pour celle des autres usagers de la RI. Ceci peut remettre en question son maintien dans cette RI si aucune intervention n'est menée pour y pallier :

*Une personne âgée qui a des troubles de comportement, ça va être très utile. [...] La personne qui est à la RI et qui a besoin de soins infirmiers, pourquoi je lui ferais un plan d'intervention? Il y en a tout le temps un [usager] qui attend, et le plan d'intervention, il viendrait comme à la fin. [Lorsque] la personne est hébergée, elle est en sécurité, elle n'a pas de troubles de comportement, la famille ne voit pas de problèmes, [alors] tu passes au suivant parce que ça pousse. C'est sûr que cette personne-là n'aura pas de plan d'intervention, mais, dans ma tête, je le sais qu'elle en a un, [un plan] infirmier, parce que les infirmières ont leur plan de soins. Ça fait qu'elle n'est pas dans le néant non plus. Et, je sais très bien que, dans trois mois, si elle se met à avoir des troubles de comportement, ils vont m'appeler, et là, je n'aurai probablement pas le choix d'en faire un. (E3 IS8 CSSS A)*

En vertu d'un principe d'efficience clinique interne aux praticiens, dans cet argumentaire, l'usage de PI se trouve arrimé à une lecture pragmatique de leur nécessité, cette dernière étant assujettie aux impératifs d'une logique épidémiologique de gestion des risques.

Nous poursuivons notre examen des usages des PI-PSI que les IS considèrent pertinents en présentant deux autres illustrations. La première est historique car elle témoigne d'une pratique disparue qui nous est relatée par la seule IS du CSSS B qui démontra un usage routinier du PSI. Dans cette situation, une usagère, lors d'une visite chez son médecin de famille, se plaint à celui-ci de ne recevoir aucun service à domicile de la part de son CSSS, alors que, dans les faits, l'IS lui aurait offert plusieurs qu'elle a systématiquement refusés :

*J'avais l'habitude d'envoyer des PSI aux médecins, pour qu'ils sachent ce qu'il y a dans*

*le dossier, ce qui se passe pour les services [...]. Mettons que madame refuse continuellement. Le médecin va dire : « Écoutez, madame, vous n'avez pas le choix, je vous recommande, je vous prescris un bain. » Tandis qu'avant, ils disaient : « Comment ça que le CLSC ne fait rien pour cette madame-là? » Ce n'est pas vrai; il y a des choses qui se font, mais on ne peut pas l'obtenir. [...] Bien, le médecin, il voyait; il avait un portrait de ce qui se passe dans ce dossier-là. (E1 IS5 CSSS B)*

Dans cette situation, l'acheminement du PSI au médecin remplit plusieurs fonctions. Il renforce la légitimité des interventions de l'IS en justifiant en quelque sorte son apparente inaction et, dans une perspective plus globale, il soutient la légitimité des actions entreprises par l'équipe d'intervenantes du CSSS. Le partage du PSI se présente également comme un vecteur de coaction en soutenant la coordination des interventions du médecin et de l'IS. En outre, dans cette situation, l'usage du PSI constitue une forme indirecte d'outil clinique propre à soutenir l'intervention car il permet à l'IS et au médecin d'exercer une certaine pression sur l'usagère en lui rappelant ses propres contradictions.

La deuxième illustration relate une situation dans laquelle une RNI ne respecte pas l'entente contractuelle qui la lie au CSSS en n'offrant pas aux usagers les services prévus dans le cadre de cette entente, voire en offrant des services inadaptés aux usagers. Cette illustration est tirée d'une situation clinique que nous avons observée au CSSS A dans laquelle un usager souffrant de déficits cognitifs importants requérait une surveillance plus étroite en raison des risques auxquels il pouvait s'exposer. Dans ce genre de situation, un plan d'intervention explicite produit un effet de contractualisation de l'intervention auprès d'acteurs, comme le personnel d'une RNI, qui pourraient avoir intérêt à faire à leur tête. L'usage des plans d'intervention permet de rappeler les règles et d'engager les acteurs récalcitrants à respecter ces dernières :

*On a des ressources [d'hébergement] que, moins elles ont font, mieux elles se portent*

*[...]. J'ai déjà eu une personne qui avait des troubles cognitifs; ils l'ont mise dans le taxi et ils l'ont envoyée chez le docteur; [...] elle s'est perdue. Ça va toujours en gradation; on va appeler et dire : «Je pense que vous avez peut-être oublié telle affaire; pouvez-vous m'expliquer ce qui s'est passé? » Mais, si ça se re-re-reproduit [sic], bien, à un moment donné, c'est moins gentil quand on appelle. (E3 IS4 CSSS A)*

Ce genre de situation révèle que l'usage du PI s'accompagne d'un changement du registre de la coaction entre les acteurs, dans lequel on passe d'une collaboration informelle et volontaire à une collaboration plus contractuelle et contrôlante. L'équilibre du pouvoir qui pouvait préexister se trouve remis en cause par le rappel vigoureux des règles émanant de la régulation de contrôle.

En conclusion, nous constatons que les IS entretiennent un rapport distancié à l'usage des outils standardisés de planification de l'intervention dans leur activité puisque, dans une large mesure, cet usage reste très limité. Dix ans après le début des réformes, nous voyons que la formalisation organisationnelle de la planification de l'intervention par l'entremise des PI-PSI reste lacunaire dans les deux CSSS et que cette lacune devient encore plus profonde par l'implantation d'un dispositif sociotechnique, à savoir la plateforme informatique RSIPA, qui ne soutient pas le bon usage. Dans certaines circonstances, le PI-PSI se présente comme une ressource qui permet aux IS d'exercer un pouvoir, notamment en vue de forcer d'autres acteurs à réorienter leurs actions en fonction de leurs propres prescriptions. Hormis cet usage circonstancié, la formalisation de la planification de l'intervention entraîne une résistance importante chez les IS d'abord parce que tout exercice de planification paraît difficile à mettre en œuvre en raison de l'insuffisance des ressources, qui annihile plus ou moins leur capacité de proaction. Nous avons aussi constaté que la formalisation de la planification de l'intervention par l'entremise des PI-PSI impose aux IS une forme de standardisation procédurale importante à laquelle elles refusent de se soumettre. Cette standardisation procédurale a pour effet de collectiviser l'action individuelle en l'inscrivant dans

une stratégie institutionnelle, et donc collective, d'intégration des services. En effet, la rédaction et la diffusion d'un plan d'intervention sous la forme d'un outil standardisé force pour ainsi dire l'activité d'intervention relative à un cas singulier à sortir du registre de la régulation autonome et à s'inscrire dans le registre de la régulation de contrôle, ce qui a pour effet de diminuer la marge d'autonomie des IS.

#### ***4.3.5. Les outils émergeant des besoins cliniques***

Jusqu'à présent, nous avons examiné le rapport des IS à la standardisation à partir de leur usage d'outils standardisés qui sont déjà présents dans leur contexte de pratique. Nous étudierons maintenant ce rapport à partir d'une prémisse inverse, c'est-à-dire en identifiant certains enjeux cliniques émergents pour lesquels les IS expriment un besoin de standardisation de leur activité, soit sous la forme d'outils standardisés, soit encore au moyen d'un renforcement d'une régulation de contrôle qui serait absente, faible ou réputée virtuelle. Les besoins de standardisation exprimés par les IS des deux CSSS sont révélateurs de certains aspects significatifs de leur rapport à la standardisation. En outre, ces besoins convergent fortement malgré les différences entre les deux contextes organisationnels.

La première forme de besoin relève de préoccupations d'ordre éthique. Le processus de prise de décision clinique en jeu met en tension le principe de protection et le principe de respect de l'autonomie des personnes :

*Notre pratique [ne consiste] plus seulement à mettre en place des services; dans notre pratique, on a de plus en plus de réflexions éthiques à avoir. Par exemple, les gens qui sont à domicile avec des problèmes cognitifs et qui ont un niveau de détérioration avancé, qu'il y a des risques d'homicide, les familles qui ne veulent pas s'impliquer, des gens qui sont seuls. Je trouve que, au niveau de notre établissement, on n'a pas de direction, on n'a pas d'idée de comment notre établissement se situe éthiquement ou dans une réflexion par rapport à ces gens-là. (E1 IS1 CSSS A)*



*Pour les problèmes sexuels, je trouve qu'on n'a pas de ligne de conduite, et c'est beaucoup étouffé. La partie sexualité, consentement éclairé ou pas éclairé, je trouve que c'est une partie qui est bien difficile et qui va avec les jugements de chacun. (E1 IS4 CSSS B)*

*Ce qui me questionne souvent, c'est notre clientèle en perte d'autonomie cognitive à domicile. Jusqu'où on a une responsabilité d'assurer la sécurité de ces gens-là? Elle est où la limite? C'est quoi notre responsabilité d'offrir les services à notre population? (E1 IS1 CSSS A)*

Les enjeux cliniques énoncés dans les trois citations précédentes pourraient appeler les IS à réclamer davantage d'outils standardisés pour soutenir l'exercice de leur jugement professionnel, mais les besoins exprimés vont plutôt dans le sens d'une formalisation de règles afin de clarifier l'amplitude du mandat du CSSS et, corollairement, son imputabilité face au maintien d'un équilibre toujours fragile entre protection et respect de l'autonomie. En outre, l'insuffisance des règles provenant de la régulation de contrôle génère un sentiment d'insécurité et d'isolement chez les IS. Pour de tels objets, une trop grande marge discrétionnaire dans leur activité se traduit par une perception d'anomie. Or, ceci va à l'encontre de représentations dominantes<sup>103</sup> affirmant que les IS sont fondamentalement réfractaires à toute forme de standardisation.

La deuxième forme de besoins exprimés renvoie à des enjeux légaux. Comme nous venons de le montrer, le processus de prise de décision des IS possède un caractère complexe en raison d'une marge d'incertitude irréductible et permanente quant aux interventions qu'elles mènent, et, de surcroît, ce processus peut potentiellement être examiné par des acteurs externes à l'organisation. Ainsi, le jugement professionnel au cœur de l'activité prudentielle des IS peut être soumis à des plaintes de nature légale ou administrative (ou à la simple présence d'un mécanisme de plainte) qui pourraient être déposées par un usager ou ses proches. Dans ce contexte, les enjeux éthiques au cœur du processus de prise de décision sont lus à travers le prisme d'enjeux légaux. Il en

---

<sup>103</sup> En effet, comme nous l'avons montré dans la section 1.6 de notre problématique, nombres d'écrivains en travail social présentent une position très réfractaire à la standardisation.

résulte que, dans certaines situations cliniques particulièrement porteuses d'enjeux éthiques ou légaux, les IS adoptent une stratégie de protection et de justification de leurs actions, ce qui leur permet d'éviter d'éventuelles poursuites judiciaires ou le dépôt de plaintes formelles ou d'avoir à justifier les interventions réalisées quand plane sur elles une menace de plainte :

*Il y a toujours une gradation, c'est toujours dans un processus. Elle est où la zone grise? Et où est-ce qu'on se rapproche du noir? À quel moment il faut que je commence à me poser des questions? À quel moment, légalement, je suis protégée [ou] je suis en train de me mettre dans le trouble? (E3 IS1 CSSS A)*

*C'est vraiment des trucs de lois que je vis. Le conjoint violent qui vient visiter sa femme et qui ferme la porte, puis on entend crier de l'autre bord de la porte, on fait quoi? La madame veut qu'il vienne. [...] Légalement, on ne peut rien faire. Il faut attendre qu'elle ait des bleus pour avoir le droit de porter plainte. On en a vus, mais ça ne veut pas dire que c'est lui qui les a faits. Je pense que c'est beaucoup la loi qui m'aide et me nuit. [...] On a un avocat ici, ça fait que, s'il y a certaines situations, on va communiquer avec cette personne-là pour voir si notre intervention respecte la loi. [...] Jusqu'à quand on attend avant d'appeler le garde de sécurité? Il y a une partie éthique, mais il y a une partie sécurité. (E3 IS4 CSSS A)*

Les deux exemples qui précèdent laissent émerger un certain paradoxe dans le rapport que les IS entretiennent à la standardisation. D'une part, ils traduisent le besoin d'une régulation de contrôle qui serait en mesure de produire davantage de règles explicites afin d'encadrer le processus de prise de décisions des IS. D'autre part, ils montrent que les IS doivent tenir compte du caractère singulier de chaque situation clinique lorsqu'elles appliquent les règles, ce qui a comme effet de rendre plus ou moins vaine toute démarche de standardisation. Aux yeux des IS, ceci disqualifie la pertinence d'utiliser davantage les outils cliniques standardisés, comme le laisse entendre l'extrait suivant :

*[Il] me semble qu'il y aurait dix mille affaires qu'il n'y a pas de réponse. La même situation pour chaque personne peut être différente, elle peut amener une intervention différente, un jugement différent, dépendamment [sic] dans quel but c'est fait et de quel effet ça a sur la personne. Jamais de lignes de conduite claires parce que ça va toujours en fonction du budget, des valeurs, de la situation. (E3 IS4 CSSS A)*

Ainsi, face à la singularité et à la complexité des situations cliniques, les outils standardisés ne semblent répondre qu'imparfaitement au besoin de formalisation exprimé par les IS pour soutenir leur processus de prise de décision, à tout le moins lorsque ces outils produisent une trop forte standardisation procédurale de l'activité. L'absence de règles claires, ou plutôt la présence de règles générales explicitement conçues pour être interprétées va de soi dans toute activité prudentielle s'insérant dans le cadre d'une bureaucratie professionnelle. Ce flou normatif laisse un espace de jeu autonome non seulement pour les intervenantes, mais aussi pour la direction du CSSS. Ainsi, la régulation autonome se déploie aux deux extrémités de la ligne hiérarchique.

Le besoin de standardisation exprime plutôt un besoin de règles qui sont en mesure d'opérer une forme de guidance délibérative dans l'activité des IS dans les situations où la prise de décision se révèle particulièrement difficile :

*Avant, les demandes étaient plus « petites », c'était beaucoup moins complexe : « On met en place le service, that's it, that's all. » Tandis que [maintenant], on a une plus grande complexité, on reste plus longtemps dans le dossier, c'est plus un casse-tête, plus peut-être de psychosocial [...]. C'est pour ça que la présence de la coordinatrice clinique est rendue nécessaire. (E1 IS2 CSSS A)*

*Je peux bien écrire que l'aidant n'est pas adéquat. Mais, une fois que j'ai écrit ça dans mon OEMC, ça ne me donne pas d'outil d'analyse pour comment je vais intervenir avec lui. [...] Je vais avoir besoin de soutien professionnel. Même si j'avais une grille ou un protocole, à un moment donné, j'ai besoin de parler avec quelqu'un « Oui, mais as-tu regardé ça? As-tu pensé à ça? As-tu fait ci? As-tu fait ça? Quand on intervient, on interagit, on va plus loin. Après ça, on est deux et on a réfléchi ensemble. (E1 IS5 CSSS B)*

Comme le laissent voir ces deux extraits d'entretien, l'exercice du jugement professionnel en contexte de complexité clinique nécessite d'opérer une mise à distance réflexive de l'ensemble des composantes d'une situation clinique singulière, ce qui a pour effet de disqualifier, du moins partiellement, une régulation autonome, tout comme une régulation totalement hétéronome.

Malgré des contextes différents, le discours des huit IS converge vers un point de vue commun. Le mouvement de standardisation espéré par les IS consiste en une forme de régulation qui serait moins contrôlante que guidante, qui s'opère autour de situations cliniques complexes et qui permet de produire une forme de jurisprudence commune, capable de guider l'intervention tout en demeurant évolutive et adaptative. L'activité jurisprudentielle des intervenantes ainsi guidée constitue une forme clinique de régulation conjointe, hors de la représentation étroite de la négociation bipartite entre décideurs et exécutants dans une organisation. La complexité clinique conduit les IS à consulter davantage les acteurs du palier intermédiaire de la ligne hiérarchique du CSSS, par exemple une agente de coordination professionnelle, pour effectuer ce travail conjoint mais aussi pour copartager l'imputabilité des décisions :

*J'ai besoin --- et ça je l'ai maintenant et je ne l'avais pas avant --- du soutien de mes boss. [Avant, j'étais] toute seule à décider, toute seule à porter la décision et toute seule à assumer la responsabilité, ce qui fait que, s'il arrivait quelque chose, qui est-ce qui se sentait coupable? C'était toi. Et, si la personne portait plainte, qui mangeait des bêtises? C'est encore toi. C'était comme si on n'était pas soutenues. [...] Ca me tente que mon établissement me coache et me backe. (E1 IS5 CSSS B)*

L'extrait qui précède montre avec force les deux composantes clés des formes de standardisation qui sont espérées par les IS en contexte de complexité clinique, soit la nécessité d'une guidance délibérative (« *l'établissement me coache* ») et d'un copartage de l'imputabilité des décisions, copartage qui implique donc une part d'externalisation de la responsabilité (« *l'établissement me backe* »).

Bien que l'accompagnement de l'activité des IS par les acteurs du palier intermédiaire, par exemple une agente de coordination professionnelle, puisse être considéré comme une forme de compromis entre régulation de contrôle et régulation autonome, chaque décision clinique qui est discutée se caractérise par son caractère situé. Ce caractère situé implique une capacité conjointe

de relecture des règles à la lumière d'un contexte d'usage singulier. L'interprétation constante des règles pour chacune de ces situations singulières conduit à produire des décisions négociées à la pièce entre l'agente de coordination professionnelle et les IS. Or, le jeu avec les règles qui est inhérent à chacune de ces décisions au cœur de l'activité d'intervention singulière des IS s'avère insuffisant pour alimenter un éventuel mouvement d'ajustement des règles ou de renforcement de leur caractère explicite. La seule jurisprudence ne suffit pas, et les IS attendent de la régulation de contrôle qu'elle ait un effet structurant, un effet standardisant, même si le standard doit demeurer ouvert. Comme l'illustrent les extraits suivants, il en résulte un déficit permanent du côté de la régulation de contrôle à imposer une forme de standardisation qui soutiendrait le collectif des IS dans ses prises de décision :

*Dans mon cas, c'est de ne pas savoir quoi faire. J'ai une cliente ce printemps, on est allés en ordonnance d'hébergement. J'ai fait beaucoup de un à un avec [notre ACP] pour se donner une orientation sur ce que ça nous prend au niveau légal pour s'en aller vers là. Mais, pour ceux qui n'ont jamais eu cette expérience-là, je pense que ça aurait été intéressant de connaître un peu le fond de la démarche justement pour nous orienter de façon légale, sur les éléments [qu'il faut] pour se dire [que], légalement, on craint pour la sécurité de cette personne-là [et qu'on] a les éléments pour pouvoir l'héberger contre son gré. Je l'ai fait en individuel avec [notre ACP], qui allait chercher les informations de notre avocate, me les ramenait. Et, quand il va y avoir un autre dossier, on va faire exactement la même chose, il va y avoir des nuances. Nous autres, on ne sera pas au courant, ce qui amène que, des fois, on se pose pleins de questions. (E1 IS1 CSSS A)*

*Je trouve que ce qui manque, [ce sont] des réflexions communes par rapport à ça. [...] Au moins s'asseoir autour de la table, jaser de ce qui se passe dans notre quotidien, souligner des questions, trouver des réponses, uniformiser notre façon de penser par rapport à ça. Ce serait déjà un gros plus, je trouve. (E3 IS1 CSSS A)*

*Quand je suis vraiment embêtée, j'appelle la coordonnatrice clinique; ça se fait en un à un. Ça fait qu'on ne profite pas de la réflexion que chaque intervenant a faite sur une situation qui vient d'arriver, et je ne peux pas me servir de la réflexion commune qu'on a eue par rapport à quelque chose. (E1 IS1 CSSS A)*

En contexte de prise de décisions cliniques difficiles, les besoins de standardisation exprimés par les IS ne disqualifient pas totalement la pertinence d'outils cliniques standardisés, mais ils les assujettissent à un processus d'interprétation partagée des règles. Dans une certaine mesure, en

contexte de complexité clinique, le rapport à la standardisation traduit moins la nécessité d'un amenuisement d'une marge d'incertitude réputée irréductible dans l'activité des IS qu'un besoin ou une nécessité de justifier l'action menée. En ce sens, une prise de décision partagée dont l'imputabilité est collectivisée représente une nécessaire forme de régulation conjointe que l'on pourrait qualifier de réflexive. Toutefois, cette régulation ne sera véritablement conjointe que dans la mesure où chacun des compromis singuliers négociés résultant de ces échanges peut contribuer à alimenter l'ajustement des règles préexistantes et engendrer réflexivement une forme de jurisprudence collective qui pourrait éventuellement modifier les règles provenant de la régulation de contrôle. Toutefois, ces règles peuvent demeurer plus ou moins explicites, et c'est davantage sur leur caractère consensuel et les compromis collectifs qui en résultent que repose leur capacité de régulation. De ce point de vue, l'on peut dire que ces règles sont proches d'une forme de standardisation normative.

Ce constat nous amène à nous interroger sur la capacité des interactions entre pairs et supérieurs immédiats à produire une forme de standardisation prégnante dans l'activité des IS et sur l'éventuel caractère surdéterminant de ces interactions par rapport aux règles émanant de la haute hiérarchie de l'organisation. Nous illustrerons le rôle de ces interactions par deux illustrations.

La première illustration relate de quelle manière les nouvelles recrues en gestion de cas étaient accompagnées par des collègues possédant davantage d'expérience, au début de la gestion de cas au CSSS B :

*Les gens avec plus d'expérience ramassaient les plus jeunes pour les coacher pour maintenir un peu la même philosophie d'intervention, ce qui ne se fait plus maintenant. Ça fait que, nécessairement, tu as toutes sortes de façons d'intervenir maintenant. Il y a une ACP, mais sa disponibilité est très limitée. Elle ne peut pas suivre tout ça, c'est impossible. On voit les différences entre les travailleuses sociales, les infirmières et les ergothérapeutes. [Les nouvelles recrues] étaient prises en charge un peu par tout le monde. Elles avaient une bonne vision d'ensemble et différentes opportunités de*

*s'approprier le contenu, de s'approprier la façon de faire. Après ça, quand elles prenaient un dossier, elles pouvaient se référer un peu aux bonnes personnes. [...] Quand tu es tous ensemble et que tu vis la même chose parce que tu fais la même job, c'est plus facile de se consulter, de se concerter, d'échanger de l'information informelle sur une résidence, sur une approche ou sur quelqu'un. (E1 IS5 CSSS B)*

L'apprentissage du métier de gestionnaire de cas reposait sur une forme de coaching entre pairs. Toutefois, cette forme de standardisation par l'intermédiaire de la socialisation présente certains risques, notamment une faible capacité normative et un éventuel repli sur la régulation autonome. De cette façon, la standardisation procédurale de l'activité des IS repose sur un compromis entre la régulation de contrôle, l'adaptation consensuelle et collective de ces mêmes règles et les intérêts individuels, ce qui soulève un certain paradoxe puisque l'autonomie serait considérée comme souhaitable par chacune des IS tout en étant délétère pour le collectif de travail:

*Il y a l'effet pervers qu'on est beaucoup d'intervenants très autonomes; on fait tous la même affaire mais de façon différente. Quand tu arrives en gestion de cas, tu vas faire de l'observation avec plusieurs personnes, mais il n'y a personne qui travaille pareil. Je pense que ça prend quasiment un an avant que tu aies vraiment ton identité comme gestionnaire de cas. C'est pour ça que le cadre de référence est très important. (E3 IS8 CSSS B)*

Dans la deuxième illustration, qui demeure marginale chez les acteurs rencontrés mais néanmoins révélatrice de la capacité des expériences de travail antérieures à alimenter les représentations des professionnelles, une IS nous explique qu'elle fait un usage significativement plus fréquent d'un plus grand nombre d'outils standardisés que les autres IS de son équipe de gestion de cas. Cette situation laisse voir que le rapport particulier aux outils standardisés propre à cette IS trouve son origine dans ses expériences professionnelles antérieures auprès d'autres groupes professionnels, ces derniers faisant usage d'outils standardisés de manière systématique :

*J'étais très proche de l'ergothérapeute, et, eux autres, ils ne fonctionnent qu'avec des outils standardisés et avec des tests. [...] Après une collecte d'informations avec l'utilisateur, elle sait où elle s'en va, c'est très clair. [...] je ne voyais pas non plus que ça restreignait sa pratique. S'il y a quelque chose qu'elle voit qui n'est pas dans le questionnaire, elle va en rendre compte pareil. Moi, ça m'avait influencée [...]. J'avais déjà le goût d'avoir des*

*outils pour enligner toutes mes interventions [avant d'arriver en gestion de cas]. (E1 IS6 CSSS B)*

Les deux extraits que nous venons de voir montrent le potentiel des interactions entre pairs à induire des transformations dans leur rapport à la standardisation, même lorsque l'usage d'outils standardisés paraît *a priori* déconsidéré dans les primo-représentations de leur profession, comme c'est le cas pour le travail social. Le mouvement d'ajustement mutuel résultant de ces échanges prend la forme d'une régulation conjointe entre pairs par l'entremise d'une mutualisation plus ou moins explicite des régulations autonomes.

Nous avons retrouvé cette forme de régulation conjointe dans les besoins de standardisation exprimés par les IS, notamment autour de réunions de discussion de cas<sup>104</sup> auxquelles nous avons eu l'occasion d'assister. Ces activités sont des rencontres pendant lesquelles certaines situations cliniques sont discutées. Les modalités de fonctionnement de ces rencontres présentent des différences importantes d'un CSSS à l'autre. Au moment où nous avons réalisé nos collectes de données, ces rencontres se tenaient à chaque semaine au CSSS B alors qu'elles avaient lieu de manière très sporadique chez au CSSS A bien que de nouvelles modalités de fonctionnement étaient sur le point d'être expérimentées et que la planification de rencontres plus régulières était inscrite à l'agenda :

*On va faire des rencontres régulièrement. On va prendre les questions qui reviennent le plus souvent et on va les partager avec tout le monde. (E1 IS1 CSSS A)*

Chez les IS de l'équipe de gestion de cas du CSSS B, les réunions de discussion de cas existent depuis plusieurs années et leurs modalités de fonctionnement ont subi plusieurs ajustements depuis l'arrivée de l'ACP dans l'équipe des IS. Ces réunions, qui ont lieu hebdomadairement, se déroulent de la manière suivante. Il y a une première partie d'échange d'informations factuelles

---

<sup>104</sup> Nous avons construit cette expression pour désigner des activités similaires aux deux CSSS.



générales qui ont un intérêt direct pour le collectif (par exemple, l'expérience personnelle d'une IS qui a référé un usager dans une nouvelle RPA dont la qualité des prestations de services est encore peu connue), ou un rappel de certaines prescriptions managériales (par exemple, des consignes pour préparer les IS à la visite d'Agrément Canada, comme nous l'avons présenté dans la section 5.3.1.3). Cependant, l'essentiel de la rencontre se déroule dans la deuxième partie, pendant laquelle les IS qui le désirent peuvent soumettre une situation clinique particulièrement complexe ou apparemment inextricable afin d'entamer une réflexion collective sur les actions à mener dans chacune de ces situations. Ces échanges sont animés par l'agente de coordination professionnelle (ACP), qui pour l'essentiel se limite à gérer les temps de parole pour que toutes les situations cliniques prévues à la rencontre puissent être examinées. Comme le montrent les extraits suivants, les discussions permettent aux IS d'examiner certaines situations cliniques qui leur posent problème avec une plus grande distance et possiblement d'en faire une lecture différente de celle dans laquelle elles pouvaient s'être enfermées. Ces discussions permettent aux IS de reconsidérer leur action à la lumière de nouvelles pistes d'intervention ou d'analyser le problème à partir de nouvelles perspectives :

*C'est un bel outil dans des dossiers complexes parce que tu peux échanger, tu as des yeux dans le milieu, tu as des informations, tu as différentes façons de voir. [...] Ce n'est pas du magasinage, c'est plus : « J'ai analysé le dossier, j'ai vu ça, j'ai vu ça, et là, y a-t'il autre chose que je peux faire? » On est là, et les autres posent des questions, ils nous posent toutes sortes de questions et nous font [des propositions]. Moi, je fais ce que je veux avec ce qu'ils me disent; ça se peut que je ne sois pas d'accord. (E1 IS5 CSSS B)*

*Les gens présentent des situations et ils disent : « Je ne sais plus trop quoi faire. Je suis arrivé au bout. Est-ce qu'il y a quelqu'un qui a des idées? » [...] C'est vraiment l'endroit pour présenter un cas quand j'ai besoin d'avoir de nouvelles idées. Il y a [aussi] un peu de soutien affectif : « Tu es bonne. Tu es belle. Tu es fine. Tu as tout fait ce que tu pouvais faire ». (E1 IS 6 CSSS B)*

*On est un paquet d'intervenantes autour de la table, on a toutes un même mandat, mais on sait toutes qu'on a une couleur différente. « Moi, j'aurais fait ça. » « Moi, j'irais peut-être plus vers là. » Ça fait qu'on sort avec un bagage énorme [...]. On ressort moins toute seule; on va se chercher un soutien. (E1 IS 7 CSSS B)*

Ces moments planifiés d'échanges collectifs entre pairs se veulent un lieu où l'autonomie professionnelle, devenue trop lourde à porter, devient symboliquement collectivisée. Le caractère de prime abord inextricable et apparemment sans solution d'une situation clinique singulière est en quelque sorte banalisé parce que, dans la mémoire collective de l'équipe des IS, on a déjà vu des cas qui étaient pires. Même si, au terme de la discussion, l'IS qui a soumis le cas clinique faisant problème peut s'inspirer des balises d'action collectivement discutées par les différentes intervenantes ayant participé à la discussion, les pistes de solutions proposées par le collectif ne sont associées à aucune contrainte exigeant qu'elles soient respectées, ni à aucune forme de formalisation entraînant une révision des règles émanant de la régulation de contrôle. Comme le montrent les passages soulignés dans l'un des extraits précédents, les pistes d'action qui sont trouvées dans les réunions de discussion de cas sont considérées comme des balises et visent ainsi à produire un certain mouvement de standardisation dans les activités d'intervention. Mais l'adhésion à ces balises demeure tout à fait libre, ce qui constitue un certain paradoxe qui rapproche la fonction normative des réunions de discussion de cas, de la guidance délibérative que nous avons évoquée par rapport au rôle des agentes de coordination professionnelle.

Les pistes d'action qui ont émergé de ces échanges entre IS doivent également se lire comme une interprétation située des règles émanant de la régulation de contrôle, tel qu'elles sont édictées par le sommet de la hiérarchie de l'organisation. En ce sens, nous pouvons considérer qu'il s'agit d'une véritable forme de régulation conjointe, même si l'issue de la discussion n'est pas de produire un nouveau compromis explicite et formalisé, comme l'entend la régulation conjointe dans son sens le plus strict. Toutefois, on doit considérer que ce compromis résulte d'un véritable mouvement de standardisation et de réécriture des directives découlant du cumul jurisprudentiel de ces

situations singulières collectivisées, mouvement qui laissera des traces dans la mémoire collective. Or, ce mouvement de standardisation ne s'appuie pas tant sur l'usage d'outils standardisés pour soutenir l'expertise des IS que sur une forme de standardisation normative, l'expertise qui en résulte devenant en quelque sorte collective. Néanmoins, même si le jugement professionnel est modulé par une interprétation collective des règles, le locus de la décision demeure entre les mains des IS, ce qui constitue un paradoxe.

#### ***4.3.6 La plateforme informatique RSIPA comme outil et technologie***

La plateforme informatique à laquelle nous nous intéressons ici est au cœur du travail des IS, ces dernières étant en interaction quasi permanente avec ce dispositif dans le cadre de leurs activités cliniques et procéduro-administratives, par exemple lors de la rédaction des évaluations OEMC ou de la consultation des informations cliniques sur un usager. Cette plateforme informatique constitue ainsi une forme d'outil standardisé dont les paramètres de fonctionnement sont soumis à des standards de conception<sup>105</sup>. Ces standards ont un effet direct sur l'activité des IS parce qu'ils leur imposent l'exécution de certaines procédures, qui peuvent les amener à découper leur activité tout en étant obligés de respecter une séquence d'étapes successives et obligatoires. Ce passage obligé correspond à un script sous-jacent à l'activité elle-même et que l'activité doit forcément respecter. Cependant, la présence de ce script, sans pour autant imposer de manière mécanique la réalisation du processus d'intervention clinique, peut moduler cognitivement le séquençage et le déploiement temporel des différentes activités composant ce processus de même que les interactions entre les professionnels utilisant la plateforme informatique RSIPA. Lorsque nous avons présenté notre cadre théorique, nous avons expliqué que le troisième niveau de la

---

<sup>105</sup> En appui sur Timmermans et Berg (2003), nous avons défini les standards de conception comme étant les critères spécifiques de différentes composantes d'un ensemble complexe d'actions ou de technologies et qui ont pour effet de rendre ce système fonctionnel.

composition technique, à savoir celui des technologies, renvoie à des cadres d'action généraux. En raison de l'interaction constante entre le travail d'intervention clinique des IS et la plateforme informatique RSIPA, nous pouvons considérer celle-ci comme un équipement cognitif collectif (Nélisse, 1998). Plus que tous les autres outils que nous avons examinés jusqu'ici, ce dispositif informatique se comporte à la fois comme un outil et comme une technologie, ce qui explique l'intérêt particulier que nous lui portons pour comprendre le rapport des IS à la standardisation.

Dans un premier temps, nous présentons sommairement les fonctions de la plateforme informatique RSIPA avant d'aborder brièvement l'historique de leur mise en œuvre dans les deux CSSS à l'étude. Cette étape introductive nous conduira dans un deuxième temps à montrer de quelle façon l'usage du RSIPA peut avoir pour effet de moduler la micro-planification du travail des IS, voire son plan d'organisation plus général, plus particulièrement en ce qui concerne les stratégies de rédaction employées par les IS.

#### *4.3.6.1 Le dispositif technologique RSIPA*

Comme nous l'avons expliqué lorsque nous avons présenté le modèle PRISMA, l'implantation des réseaux intégrés de services prévoit la mise en œuvre d'un système d'information continu (SIC) facilitant le partage et la mise à jour des informations cliniques des usagers pour les divers professionnels intervenant dans un dossier. Dans les CSSS à l'étude, le SIC a été mis en œuvre en 2010 sous la forme de la plateforme informatique RSIPA. Ce dispositif comporte plusieurs composantes destinées à un usage clinique, soit l'outil de repérage PRISMA-7, le formulaire d'évaluation OEMC, les profils Iso-SMAF et les notes d'évolution. Le RSIPA comporte aussi

des composantes de gestion utilisées par les directions d'établissement pour monitorer l'activité clinique réalisée par les IS et les profils des usagers qui ont été pris en charge<sup>106</sup>.

Les configurations respectives de la plateforme informatique RSIPA dans les deux CSSS à l'étude présentent quelques différences importantes, que nous devons expliquer en raison des effets qu'elles ont sur leur usage. Le RSIPA est conçu pour être accessible à l'ensemble des professionnels d'un CSSS donné mais non à des acteurs qui sont externes à ce CSSS. Loin d'être anodin, ce paramètre de conception a un effet direct sur les capacités de partage d'informations et, corollairement, sur les moyens mis en œuvre par les divers acteurs pour échanger des informations. À titre d'exemple, les professionnels d'un hôpital qui n'est pas fusionné avec un CSSS, comme c'est le cas au CSSS B, n'ont en principe<sup>107</sup> pas accès aux informations cliniques collectées par les IS du CSSS. De plus, au CSSS B, les notes évolutives des divers professionnels sont rédigées et partagées en format électronique sur le RSIPA, alors que cette fonction n'a pas été intégrée dans le RSIPA tel qu'il a été implanté au CSSS A. Cela fait en sorte que les notes évolutives des IS et des autres professionnels demeurent rédigées en format papier.<sup>108</sup> En outre, la version actuelle du RSIPA ne comporte pas de module spécifique servant à rédiger les PSI. Notons qu'un tel module faisait partie intégrale des composantes existantes sur la plateforme informatique préexistante au CSSS B.

---

<sup>106</sup> Tel qu'elle se présente lorsqu'elle est en usage par les IS, l'interface de la plateforme RSIPA comporte trois sections distinctes sous forme d'onglets : un onglet *Accueil-évaluation, orientation (AEO)*, où on retrouve diverses informations nominales sur l'usager, un onglet *Évaluation*, par lequel on accède aux évaluations OEMC produites pour l'usager, et un onglet *Note évolutive*, où on peut consulter les diverses notes rédigées par les professionnels qui ont été actifs dans un dossier donné.

<sup>107</sup> Nous écrivons « en principe » parce ce le CSSS B constitue un cas particulier, comme nous le verrons plus bas.

<sup>108</sup> Par exemple, les IS du CSSS A peuvent consulter le I-CLSC pour repérer les professionnels qui travaillent dans un dossier, mais elles se sont pas en mesure de connaître la nature des interventions effectuées et leur pertinence au regard d'objectifs d'intervention globaux, à moins de téléphoner au professionnel en question pour obtenir une information plus précise. Au CSSS B, les notes évolutives informatisées permettent d'accéder rapidement au fil temporel des interventions d'une intervenante.

En combinaison avec le RSIPA, les IS des deux CSSS à l'étude utilisent une autre plateforme informatique, soit le Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC), qui est une base de données administrative du MSSS implantée depuis le début des années 2000. Le système I-CLSC répertorie les interventions effectuées par les professionnels d'un CLSC dans un dossier d'usager donné pour l'ensemble du Québec, en appui sur une nomenclature découpant les activités d'intervention selon divers paramètres. L'I-CLSC représente la principale source d'information utilisée par le MSSS et les ASSS pour monitorer l'atteinte de certaines cibles de performance prévues dans les ententes de reddition de comptes auxquelles sont soumis les CSSS. Pour ce faire, l'I-CLSC permet d'extraire plusieurs indicateurs, permettant de connaître le volume et la nature des activités réalisées, le lieu où elles sont prodiguées, etc. Les IS se servent du système I-CLSC pour recueillir certaines informations nominales sur des usagers ou pour repérer les intervenants qui sont intervenus dans les dossiers de leur charge de cas. Avant la mise en œuvre des RSIPA, à défaut d'éplucher systématiquement les dossiers en format papier, ce système était le seul qui permettait à une IS prendre connaissance rapidement des interventions effectuées par d'autres professionnels auprès d'un usager donné. C'est également dans ce système que les IS doivent colliger leurs statistiques d'intervention pour chacun des dossiers entrant dans leur charge de cas.

Le déploiement de l'outil informatique RSIPA a engendré des changements qui sont nettement différenciés dans les pratiques des IS des deux CSSS à l'étude. Pour le CSSS A, l'introduction du RSIPA constituait une nouveauté, tandis que, dans le CSSS B, le RSIPA se substituait à une plateforme informatique préexistante qui avait été développée régionalement. En outre, comme nous l'avons vu précédemment, le déploiement du RSIPA au CSSS A s'est effectué dans un

contexte de début de mise en œuvre de l'intégration des services, alors que cette mise en œuvre est beaucoup plus avancée au CSSS B.

#### 4.3.6.2 L'usage du RSIPA au CSSS A

Globalement, l'ensemble des acteurs du CSSS A se montre favorable à l'utilisation d'un tel dispositif informatique. Nous avons observé que l'utilisation de dossiers cliniques informatisés diminuait considérablement les visites aux archives que devaient effectuer les IS pour récupérer des dossiers cliniques d'usagers.<sup>109</sup> Pour ces intervenantes, l'informatisation de documents cliniques, par exemple l'OEMC, leur permet de déployer des stratégies de rédaction plus efficaces tout en respectant les règles déontologiques de rédaction qui ont été édictées par leur ordre professionnel. Par exemple, ces règles peuvent proscrire l'usage de ratures dans l'écriture de notes évolutives et, en cas d'erreur, la note rédigée sous forme manuscrite doit être réécrite. Par contre, l'usage de documents informatiques permet de modifier un écrit sans altérer sa valeur légale étant donné que l'étape de rédaction est distincte de l'étape de formalisation desdits documents. Écrit autrement, c'est la diffusion d'un document électronique par l'intermédiaire d'une plateforme informatique qui lui donne son caractère formel et légitime alors que c'est sa forme *manu-scripte* et non altérée par des ratures ou des modifications (qui pourraient être ajoutées après sa production) qui authentifie son auteur et formalise le statut du document manuscrit. En outre, plusieurs informations, comme des renseignements nominaux ou certaines informations rédigées dans un OEMC, peuvent être copiées-collées dans d'autres documents lors d'une démarche clinico-administratives d'allocation de services :

*Je trouve que ça a un côté positif au niveau de la convivialité du fait de pouvoir le changer, le rechanger, et cætera. Ça fait que ça, je trouve ça encore positif. J'ai bien aimé*

---

<sup>109</sup> Traditionnellement, les espaces de travail des IS étaient souvent encombrés par les dossiers cliniques papier des usagers qu'elles devaient emprunter aux archives pour les consulter et y ajouter des documents ou des notes évolutives.

*l'informatisation de l'outil [d'évaluation multiclientèle]. (E1 IS1 CSSS A)*

*Je trouve que ça sauve du temps, parce qu'il y a toujours une partie sociale à la fin qu'il fallait recommencer à chaque fois ou la recopier. Ça fait que là, elle est déjà là [...] ça va plus vite le taper que l'écrire; quand tu fais une faute, tu n'as plus besoin de jeter la page. (E1 IS4 CSSS A)*

Le fait de reproduire certaines informations d'un document informatique à l'autre, par l'entremise d'une procédure de copier-coller, peut produire certaines formes de standardisation qui peuvent demeurer en partie invisibles à leurs utilisatrices. Le type de standardisation qui en résulte est à la fois terminologique et procédural puisque, comme nous l'avons vu dans la section portant sur l'évaluation (section 5.3.2), les catégories conceptuelles et le script dans lequel s'inscrivent chacune des étapes de mise en forme des documents utilisés durant le processus d'évaluation peuvent être transportés d'un document à l'autre, voire d'un champ disciplinaire à l'autre, ce qui pourrait générer des effets insidieux sur les représentations de l'activité en raison de leur faible visibilité et de leur caractère non réfléchi<sup>110</sup>. À la lumière de ce qui précède, l'usage des outils informatiques est porteur d'une certaine forme d'économie cognitive, vectrice d'efficacité dans l'activité des IS, mais il comporte aussi une certaine part de contrainte du fait qu'il peut limiter l'autonomie des IS en leur imposant un script et un certain formatage conceptuels de leur activité.

Bien que, pour les IS du CSSS A, l'implantation de la plateforme informatique RSIPA constitue un changement important dans la manière de rédiger et de consulter les OEMC, nous avons constaté que son usage ne suscite qu'une résistance marginale de leur part. Selon l'illustration suivante, l'une des IS affirme que l'usage du RSIPA réduit sa marge de manœuvre dans l'organisation de son travail parce qu'il ne lui est plus possible de terminer à domicile ses activités de rédaction. Dans cette situation, l'usage du RSIPA se présente comme une entrave au

---

<sup>110</sup> Bien que nous ne sommes pas en mesure d'appuyer empiriquement cette hypothèse qui émerge de nos analyses, nous la considérons suffisamment crédible et pertinente pour en faire mention.



déploiement spatiotemporel de l'activité professionnelle de cette IS :

*La seule affaire qui est plate dans le RSIPA, c'est que je ne peux pas l'amener chez nous. J'étais habitué à finir mes [OEMC] le soir, mais je ne peux pas, ça fait que je suis obligée de le finir avant de partir. (E1 IS4 CSSS A)*

Selon l'illustration suivante, la résistance manifestée par une autre IS résulte de l'aspect novateur représenté par l'utilisation de l'informatique et la mobilisation de nouvelles connaissances que nécessite pour elle l'usage de ce nouveau dispositif technique :

*Il a fallu m'adapter au passage du manuscrit à l'ordi [sic], chose qui n'était pas évidente pour ma clientèle d'âges. Je n'ai pas été élevée là-dedans. Ça, dans ma tête, c'est un gros changement, l'un des plus significatifs dans ma carrière. (E1 IS3 CSSS A)*

Dans troisième illustration que nous présentons, mettant en scène l'IS impliquée dans la situation précédente, nous pouvons observer que la mise en œuvre de la plateforme informatique RSIPA s'accompagne d'un changement plus fondamental. L'IS explique que l'usage du RSIPA, du fait qu'il rend très rapidement visibles ses écrits professionnels aux autres acteurs, engendre chez elle une pression à la performance, pression qui s'avère d'autant plus forte que la qualité et la rapidité de la production de ses écrits sont elles aussi sujettes à cet effet de visualisation :

*Ce n'est pas dans le même timing. Ça nous met toujours une forme de pression parce qu'on nous dit que, selon les barèmes, ça doit nous prendre à peu près une heure et demie pour consulter ça sur l'ordi [sic]. Donc, ça te met une tension [...]. Quand on parle de RSIPAPA, pour nous, ça égale vitesse [...] ça égale le fait qu'il faut le faire vite, bien et précis parce qu'on sait qu'il y a d'autres professionnels qui vont le consulter, et c'est toi l'auteur; ça fait que si c'est mal fait, too bad pour toi. (E3 IS3 CSSS A)*

Avant l'informatisation des dossiers cliniques, les écrits professionnels produits par les IS et rédigés sous forme manuscrite pouvaient être conservés dans le bureau des IS dans un dossier satellite au dossier principal de l'utilisateur, constituant ainsi une forme d'archive qui, sans être privée, demeurait moins accessible aux autres acteurs puisque la décision de diffuser des écrits

professionnels incombait à l'IS qui les avait produits<sup>111</sup>.

Comme on le constate, la mise en œuvre de la plateforme RSIPA a fait en sorte que les écrits professionnels des IS (et ceux des autres acteurs) deviennent accessibles à un collectif d'acteurs, et ce, aussitôt qu'ils sont produits et déposés sur le RSIPA :

*Ce n'est pas parce que tu ne le possèdes pas, mais, c'est comme diffusé sur le RSIPA, donc il ne t'appartient plus exclusivement. Tant ça peut être positif pour l'utilisateur parce qu'il peut être consulté, tant aussi ça peut être dépersonnalisant pour l'auteur parce que tu sens que tu fais quelque chose, mais, en même temps, « tu ne le possèdes plus »; il est mis à jour et tout le monde peut l'utiliser. Ça peut être un point fort comme un point faible. (E1 IS3 CSSS A)*

L'exposition des écrits professionnels produits par les acteurs des diverses disciplines rend les comparaisons possibles, ce qui peut alimenter un mouvement général de standardisation<sup>112</sup>. Lors de nos journées d'observation, les IS que nous avons accompagnées ont très fréquemment émis des commentaires à propos de la qualité des écrits rédigés par leurs collègues. Pour les IS (comme pour les autres professionnels), l'incorporation dans leur activité des standards terminologiques et conceptuels découlant de l'OEMC se trouve en quelque sorte renforcée par les divers emprunts<sup>113</sup> qui peuvent s'opérer dans les écrits professionnels des uns et des autres.

---

<sup>111</sup> Bien que cette pratique constitue une forme de déviance parce que les règles de tenue de dossier édictées par leur ordre professionnel ne sont pas entièrement respectées, elle répond dans une certaine mesure à une logique d'efficacité pragmatique car elles permettent de réduire la charge des activités procéduro-administratives et de se consacrer davantage aux activités cliniques. En outre, dans une même organisation, les échanges cliniques informels entre les intervenantes partageant les mêmes lieux permettent de pallier les lacunes dans la mise à jour des dossiers cliniques, ce qui est moins possible lorsque les acteurs impliqués dans un dossier clinique se répartissent entre plusieurs organisations et lieux physiques.

<sup>112</sup> Cette affirmation peut sembler peu étayée, mais notre collecte de données en soutient la pertinence. Lors de nos journées d'observation, les IS nous ont très fréquemment formulé des commentaires sur la qualité des écrits produits par leurs pairs ou sur le fait que certaines informations sont systématiquement ordonnées de la même façon dans les documents produits par d'autres. Aussi, nous avons souvent entendu des commentaires sur la standardisation de leurs propres écrits : « *Moi, je le fais systématiquement, plusieurs autres aussi, mais je sais que certaines IS ne suivent pas la règle.* » Nous considérons que ce mouvement de comparaison constante entre pairs produit une certaine forme de standardisation des écrits. La valeur de cette hypothèse se trouve également renforcée par les comparaisons que nous avons effectuées entre les deux CSSS, qui montrent que la forme des écrits est davantage standardisée au CSSS B où les pratiques de rédaction sur une plateforme informatique ont été implantées avant les réformes de 2004.

<sup>113</sup> Par exemple, des lexiques disciplinaires particuliers à un groupe professionnel.

Comme le montre l'extrait précédent, ce changement dans le mode de rédaction n'est pas considéré comme un changement anodin par l'IS. Bien que cette dernière reconnaisse une certaine pertinence clinique à ce mode de diffusion de ses écrits professionnels, elle le considère également comme une forme de dépossession. De notre point de vue, le contexte d'appropriation partielle des diverses composantes d'un modèle d'intégration de services au CSSS A fait en sorte que la valence clinique de la collectivisation des informations au moyen de la plateforme RSIPA demeure limitée, ce qui explique en partie la résistance exprimée par cette intervenante.

Cette résistance traduit aussi une volonté de préserver une part de jeu autonome dans l'activité procéduro-administrative des IS. En effet, la production d'écrits professionnels sous forme manuscrite permet plus facilement de déroger à certaines règles, comme l'introduction de délais importants entre la réalisation d'une activité d'intervention et la rédaction des notes évolutives en lien avec cette activité, et plus globalement la rédaction d'écrits professionnels dont la mise en forme peut ne pas respecter les règles édictées par le CSSS ou par d'autres instances normatives. Ainsi, l'usage de documents manuscrits laisse place à une plus grande part de jeu dans le déploiement spatiotemporel du travail de rédaction, principalement au bénéfice des intervenantes. Ceci peut permettre, comme nous l'avons vu avec cette autre IS qui complétait ses dossiers à la maison, de se conformer aux règles émanant de la régulation de contrôle tout en se préservant une certaine marge d'autonomie.

Enfin, la résistance manifestée par les IS face à la visibilisation de ses écrits professionnels est exacerbée par le fait que la possible mise en examen pouvant résulter de cette visualisation est doublement mise à l'épreuve parce qu'elle s'inscrit également à une logique de performance

managériale. Nous reviendrons plus loin sur cette double inscription, à la fois clinique et managériale, de la technologie RSIPA et ses effets sur l'espace de jeu des IS dans leur activité.

Selon le dernier cas de figure que nous avons repéré, l'usage de la plateforme informatique RSIPA a modifié le processus de rédaction des OEMC. Lorsque les IS se servaient d'une version papier de cet instrument, elles pouvaient laisser volontairement plusieurs champs vides dans le formulaire, entre autres ceux réservés aux commentaires, les sections relatives à des sphères du vécu des usagers considérées comme tabou, comme la sexualité, ou les items considérés comme inutiles. Les champs prévus dans l'OEMC pour les commentaires permettent d'exprimer un jugement clinique en singularisant et en contextualisant les divers items du SMAF évalués quantitativement. Nous avons vu que ces champs pouvaient aussi être utilisés dans le but de sur-documenter l'outil et faire accepter une demande de services ou une place en CHSLD qui ne respecterait pas entièrement les règles édictées par le CSSS. Or, un usage stratégique de ces commentaires requiert (et démontre) un niveau d'appropriation significatif de l'outil qui va au-delà d'un usage strictement restreint à une logique procéduro-administrative.

Dans la version informatisée du formulaire OEMC que l'on retrouve dans le RSIPA, les concepteurs ont prévu une fonction obligeant l'utilisateur à remplir toutes les parties du formulaire, rendant en principe impossible de laisser des champs en blanc :

*Je pense que ça a obligé les IS à être beaucoup plus rigoureuses parce que quand tu oublies de mettre quelque chose, la machine te le dit. Quand on le faisait papier, il n'y avait personne qui nous disait que ce n'était pas correct. (ACP CSSS A)*

Or, nous avons constaté que les IS réussissent à déjouer ce paramètre de conception en insérant des caractères vides comme des points (.) dans les champs prévus pour les commentaires ou en surutilisant des expressions génériques comme *idem*. Malgré cette forme de catachrèse, l'usage

du RSIPA semble avoir produit une standardisation significative dans la mise en forme et le contenu des OEMC tout en renforçant leur usage :

*Je trouve que je suis beaucoup plus consciencieuse avec l'outil informatisé; je vais mettre plus de détails. On dirait que je comprends plus l'importance de cet outil. Je le vois moins comme un outil à remplir, that's it, that's all. Ça m'aide dans ma pratique, et je vois qu'il y en a beaucoup d'autres qui vont pouvoir le consulter. Ça fait que je ne le fais pas pour moi, mais pour plein d'autres. Ça fait que j'ai le souci d'aller chercher des détails pour avoir le meilleur portrait possible pour que, s'il y a quelqu'un d'autre qui le lise, bien, qu'il ait vraiment un meilleur portrait de l'usager. (E1 IS2 CSSS A)*

Plus le degré d'appropriation de l'OEMC devient important chez les IS, moins cette forme de déviance, toujours possible, demeure pertinente. En effet, l'appropriation progressive de l'OEMC par les IS fait en sorte de renforcer leur perception de son efficacité. De plus, l'existence de paramètres de conception obligeant l'utilisateur à compléter tous les champs sans exception contribue au processus d'appropriation. Ainsi, la rédaction de commentaires plus ou moins vides de sens dans l'activité des IS en début d'appropriation parce qu'ils sont imposés par un dispositif technique devient progressivement une démarche volontaire et stratégique sur laquelle elles peuvent toujours s'appuyer pour soutenir leur marge d'autonomie. Partant de ce constat, on peut considérer, en s'appuyant sur une idée proposée par Denis dans un tout autre contexte, que les RSIPA produisent une forme de « médiation de la régulation de contrôle » (2007, p. 511). Cette médiation possède une dimension à la fois coercitive et cognitive puisqu'elle crée des conditions favorables à l'engagement des utilisateurs à respecter les règles de rédaction des OEMC telles qu'elles sont prescrites.

Bien que les règles de rédaction de l'OEMC sont expliquées aux IS lors de formations qu'elles doivent suivre et qu'elles peuvent être rappelées régulièrement aux IS par leurs supérieurs, ces dernières peuvent y déroger, et ce, d'autant plus si les pratiques de dérogation sont répandues chez leurs collègues. Ainsi, la légitimité de ces pratiques est consolidée par les dérogations des

unes et des autres, ce qui constitue une forme de régulation autonome, et cette régulation est renforcée par la rédaction d'OEMC sous la forme manuscrite. Toutefois, la configuration du RSIPA entrave ce mode de régulation parce qu'elle impose le respect des règles de rédaction édictées par la régulation de contrôle sans qu'il soit nécessaire de sanctionner les dérogations à la règle, voire de rappeler ces règles. La médiation de la régulation de contrôle prend forme dans le RSIPA par le biais du caractère requis du remplissage de tous les onglets de l'outil informatisé. Ce paramètre de conception du RISPA impose d'abord une certaine forme d'usage de l'OEMC, mais il peut également modifier progressivement le rapport des IS à l'OEMC. En effet, la valence procéduro-administrative de l'OEMC dominante dans les représentations des IS du CSSS A en début de l'appropriation de l'outil peut, par l'entremise de la médiation de la régulation de contrôle opérée par la plateforme RSIPA, tendre peu à peu vers une représentation plus proche d'une valence clinique.

Enfin, le fait que la dérogation à la régulation de contrôle ne soit sanctionnée autrement que par l'impossibilité de compléter l'outil informatisé redonne une part d'autonomie aux intervenantes. Au-delà de cette évidence, ceci exprime, de la part de la régulation de contrôle, une incapacité, voire un refus d'être fortement contrôlante. Ce refus montre que les gestionnaires s'octroient une marge d'autonomie à l'égard de leur incapacité relative à rencontrer eux-mêmes leur part d'exigence associée à leur propre régulation de contrôle. Ainsi, le rapport à la standardisation est ouvert tout autant pour les intervenantes que pour les gestionnaires, les uns et les autres requérant un espace de jeux qui leur permette de contourner une partie des contraintes qui s'imposent à leur action.

#### *4.3.6.3 L'usage du RSIPA au CSSS B*

Nous avons vu que les IS du CSSS A se sont montrées globalement favorables à l'utilisation de la plateforme RSIPA, mais, en ce qui concerne le CSSS B, nous avons constaté que l'arrivée de cette nouvelle plateforme a suscité une vague de désapprobation généralisée parmi les IS. La mise en œuvre de la plateforme RSIPA au printemps 2010 représente l'un des changements les plus importants mentionnés par les IS du CSSS B lors de nos entretiens. En effet, le contexte de mise en œuvre à cet endroit était très différent de celui observé au CSSS A en raison de la préexistence d'une autre plateforme informatique, omniprésente dans les activités des acteurs du CSSS B mais rendue technologiquement vétuste et lente. Tel que prescrit par le MSSS, cette ancienne plateforme a été remplacée par le RSIPA, mais sa mise en œuvre a reçu un accueil mitigé de l'ensemble des acteurs du CSSS B.

Comme le relate le rapport annuel 2010-2011 de l'ASSS B, « le principal enjeu du déploiement de l'application RSIPA [sur le territoire du CSSS B] était de maintenir le même niveau de fonctionnalités cliniques déjà en place [avec la plateforme précédente] » (ASSSE, 2011, p. 26).

Lors de nos observations, un gestionnaire du CSSS B nous a fait un commentaire qui allait dans le même sens :

*Notre empressement était purement technologique, ce n'était certainement pas un empressement d'ordre clinique. L'implantation [de la plateforme RSIPA] a été et est toujours difficile. C'est un recul, et je n'ai aucun problème à le dire. On n'a pas ce dont on a besoin cliniquement. (Gestionnaire de l'équipe PALV du CSSS B)*

Les IS du CSSS B affirment que le nouveau système d'information continue comporte plusieurs limites se répercutant directement sur son usage et qu'il modifie leur manière de faire, allant jusqu'à les faire régresser sous certains aspects.

L'introduction du RSIPA a modifié plusieurs routines de travail des IS. Dans la plateforme

informatique préexistante, la partie SMAF de l'OEMC pouvait être mise à jour <sup>114</sup> par les IS sans que l'OEMC n'ait à être révisé au complet, ce qui n'est pas le cas avec la plateforme RSIPA. Or, la mise à jour dans le RSIPA d'un OEMC préexistant représente une opération beaucoup plus longue que la révision exclusive de la partie SMAF de l'OEMC :

*Ça a été un changement qui a influencé notre pratique parce qu'on n'avait pas l'habitude de refaire l'OEMC au grand complet en même temps qu'on faisait le SMAF. [...] ça prend beaucoup plus de temps parce que je n'ai pas le choix de tout le réviser. [...] Donc, ça peut être très long, tandis qu'avant, le SMAF, c'était beaucoup plus rapide. Pour l'OEMC, la demande de l'établissement, c'est qu'il soit refait une fois par année, mais, le SMAF, je pouvais en faire [plusieurs] dans l'année si on voulait documenter la perte d'autonomie. (T1 IS6 CSSS B)*

En outre, les IS pouvaient obtenir le profil Iso-SMAF d'un usager aussitôt qu'elles avaient complété la rédaction du SMAF, alors que, avec la plateforme RSIPA, les profils Iso-SMAF ne peuvent être produits que lorsque l'OEMC est complété et que les IS y ont apposé leur signature électronique. Or, comme nous l'avons vu précédemment, les profils Iso-SMAF sont au cœur de l'activité clinique des IS et étaient par conséquent fréquemment consultés et mis à jour. Nous avons également montré que les IS déterminaient parfois le profil Iso-SMAF d'un usager par l'intermédiaire d'une procédure à blanc afin d'anticiper la suite des interventions qui devraient éventuellement être effectuées avant de formaliser leur évaluation par l'entremise d'un OEMC signé<sup>115</sup> et diffusé sur le RSIPA. Il en résulte que l'introduction de ce nouveau paramètre de conception, c'est-à-dire l'obligation de réviser l'OEMC au complet, a eu pour effet de réduire l'espace de jeu des IS créé par le décalage temporel entre le moment informel de l'activité d'évaluation, où seul le rédacteur connaissait le profil Iso-SMAF d'un usager, et le moment formel de cette évaluation, une fois que l'OEMC est diffusé sur la plateforme RSIPA. Par

---

<sup>114</sup> Même si le SMAF constitue une partie de l'OEMC, son remplissage requiert sensiblement moins de temps que celui d'un OEMC au complet.

<sup>115</sup> Il est possible de produire une version de travail d'un document comme l'OEMC sur le RSIPA, le document devient officiel et partagé au moment où l'IS signe électroniquement ce document.



ailleurs, nous avons aussi pu constater que l'introduction de ce paramètre de conception a amené un recul dans les pratiques d'échange d'informations qui sont en usage chez les IS. En effet, en raison de la charge de travail plus importante que nécessite la rédaction d'un OEMC complet, les SMAF, du moins dans leur version formalisée et diffusée par l'entremise du RSIPA, étaient moins systématiquement mis à jour qu'ils ne l'étaient lorsque la plateforme informatique précédente était utilisée. Comme le montre la citation suivante, les IS préfèrent parfois effectuer la mise à jour des informations contenues dans l'OEMC en annotant une version papier du document, laquelle sera classée dans un dossier parallèle<sup>116</sup> qui ne sera pas diffusé :

*Ce que je vois que ça a comme [conséquence], c'est que je vais plutôt me prendre des notes en sachant que le SMAF n'est peut-être pas toujours à jour pour éviter d'avoir à le refaire. Donc, je vais me garder, dans mon dossier papier, le SMAF que je vais avoir fait imprimer avec l'OEMC, et je vais l'annoter [avec des informations à jour]. (E1 IS6 CSSS B)*

Précédemment, nous avons montré que le RISPA tel qu'il est conçu se présente comme un mécanisme coercitif qui amène les IS à respecter les modalités de remplissage de l'ensemble des champs de l'OEMC. Ainsi, le RSIPA a la capacité d'opérer une médiation de la régulation de contrôle tout en imposant son adhésion à ses utilisateurs. En principe, cette capacité permet de contrer le déploiement de stratégies de rédaction déviantes.

Or, nous avons constaté que malgré l'existence de paramètres de conception du RISPA qui prescrivent la procédure à suivre pour mettre à jour ou réviser les informations contenues dans un OEMC déjà complété, les IS du CSSS B manifestent certaines formes de déviance. Nous avons observé que ces IS contournent les règles et se replient dans des pratiques discrétionnaires en rédigeant leurs OEMC sous forme manuscrite :

*J'ai peut-être six ou sept [OEMC] de commencés [ou de] quasiment tout complétés, que je n'ai jamais eu le temps d'informatiser et que je n'informatiserai peut-être jamais parce que*

---

<sup>116</sup> Ce qui constitue une pratique proscrite.

*je n'ai pas besoin de le faire pour la forme dans ces dossiers-là. J'ai pris le temps de les [rédiger] et j'aimerais bien avoir le temps de les informatiser, mais il y a plein d'autres demandes qui arrivent, ça fait que, finalement, je mets ça de côté. Mais je l'ai fait, il est papier, mais je ne l'informatise pas. On pense toujours qu'on a toutes nos informations, mais, un coup qu'on l'informatise, on se rend compte qu'il y a des éléments qui nous manquent. Plus le délai [passe, moins l'information est] bonne. On prend une photo ici et maintenant. Moi, je le fais sur brouillon; je ne peux pas déposer ça au dossier, ça serait gênant, le monde ne comprendrait pas, ça fait que moi, je le garde dans mes chemises. C'est arrivé à quelques reprises que la personne soit hospitalisée ou qu'arrive une demande de relocalisation dans le milieu de vie; là, je sortais ma [version papier] et, au moins, je parlais de quelque chose. Sauf que, si je tombe malade [ou si] je suis en vacances, le monde n'y aura pas accès, il faut qu'ils repartent de zéro, et c'est ordinaire.* (E2-E3 IS2 CSSS A)

Il est particulièrement intéressant de noter que ces pratiques de contournement se retrouvent dans les deux CSSS, mais que leur sens diffère d'un contexte à l'autre. Ainsi, au CSSS B, elles correspondent à une déviance dans les usages de l'OEMC par rapport aux usages antérieurs et pourtant routiniers des IS. Il en résulte que la mise en œuvre de la plateforme RSIPA a amené un recul du modèle d'intégration de services, pourtant bien implanté. Dans le cas du CSSS A, ce repli de l'activité dans la marge discrétionnaire trouve son origine davantage dans la prédominance d'une représentation procéduro-administrative de l'usage de la plateforme informatique RSIPA («*je n'ai pas besoin de le faire pour la forme*») que dans un usage déviant.<sup>117</sup> Écrit autrement, dans le CSSS A, la mise à jour de l'OEMC sous une forme manuscrite plutôt que sur la plateforme RSIPA traduit une appropriation partielle du modèle d'intégration de services. Cependant, dans les deux CSSS, ce repli de l'activité des IS dans la marge discrétionnaire peut entraver la capacité des acteurs à coordonner leurs activités d'intervention au moyen d'une information qui serait partagée et à jour.

---

<sup>117</sup> Même si cette pratique constitue une forme de déviance par rapport aux règles de tenue de dossier qui ont été édictées, elle peut être en partie palliée par des échanges cliniques informels entre les intervenantes. Elle répond dans une certaine mesure à une logique d'efficacité, bien que, comme nous l'avons vu, cette perspective soit tronquée par une appropriation partielle de l'OEMC.

Le changement de plateforme informatique a également modifié les manières de procéder des IS du CSSS B pour naviguer entre les divers dossiers d'utilisateur dans lesquelles elles peuvent intervenir au quotidien. Avec la plateforme informatique préexistante, les IS pouvaient ouvrir simultanément plusieurs dossiers d'utilisateur, alors que maintenant, avec le RSIPA, il est impossible d'ouvrir un nouveau dossier sans avoir au préalable fermé le premier. Pour bien saisir les effets de ce paramètre de conception, il faut voir que, sur une base journalière, l'activité de travail d'une IS dans les dossiers des usagers ne se déroule pas selon un mode séquentiel, qui consisterait à débiter et à compléter un épisode d'intervention d'abord dans un premier dossier, puis dans un second, et ainsi de suite. Bien que, dans une temporalité plus longue pouvant s'étendre sur plusieurs jours, l'intervention corresponde à ce mode séquentiel, l'organisation journalière adopte plutôt un mode synchronique. Comme nous l'avons constaté lors de nos observations, les IS superposent chaque jour le suivi simultané de plusieurs dossiers d'utilisateur. Par exemple, une IS, au moment où elle rédige un OEMC pour monsieur A, peut recevoir une visite impromptue d'une ergothérapeute qui veut l'informer de la subite récupération d'autonomie de madame B qu'elle a constatée lors de la visite à domicile qu'il vient tout juste d'effectuer, puis, suite à cette visite, l'IS peut recevoir un appel de l'infirmière à domicile, appel qui lui permettra de répondre à la demande formulée par monsieur C dans un message téléphonique que ce dernier lui a laissé, puis recevoir un autre appel téléphonique en réponse à une demande d'information acheminée à un médecin pour monsieur A, et ainsi de suite. En outre, chacune de ces interventions doit être accompagnée de notes d'évolution dans les dossiers cliniques de tous ces usagers et compilée afin de pouvoir produire les statistiques d'activité.

Ces nouveaux standards de conception ont généré beaucoup de frustration chez les IS parce qu'ils ont modifié sensiblement l'arrimage entre les activités procéduro-administratives et cliniques. L'extrait qui suit, que nous avons volontairement scindé en deux parties afin de faire ressortir les différences entre l'ancienne et la nouvelle plateforme informatique, illustre les micro-interactions que les IS du CSSS B doivent effectuer pour naviguer dans l'ensemble des dossiers dans lesquels elles peuvent intervenir au quotidien. Bien que nous ne présentions ici qu'un seul extrait, les matériaux empiriques qu'il renferme et que nous avons recueillis soutiennent l'idée que cette illustration traduit un point de vue partagé par les quatre IS du CSSS B :

*Avec l'ancienne plateforme informatique, je pouvais ouvrir plusieurs dossiers simultanément. Si je rédigeais une note évolutive et que mon téléphone sonnait, je pouvais répondre et ouvrir le dossier de la personne au téléphone pour le consulter ou y rédiger une note évolutive, et les autres dossiers demeuraient ouverts. Je pouvais papillonner comme ça d'un à l'autre sans conséquence.*

*Avec le RSIPA, ce n'est pas comme ça. Il faut que je ferme le premier dossier sans oublier de l'enregistrer. Mais, si je l'enregistre, la note évolutive est terminée et je ne peux plus la modifier. Par exemple, si j'ai besoin d'aller chercher un numéro de téléphone que j'ai écrit dans ma note évolutive d'hier pour le transmettre à une aidante au téléphone, je dois réaliser les opérations suivantes : puisque j'ai un OEMC ouvert, il faut que je l'enregistre et que je le ferme, que j'ouvre l'autre dossier, que j'ouvre l'autre note et que je donne le numéro de téléphone à l'aidante. Ensuite, je raccroche, je referme la note et je referme le dossier. J'ouvre l'autre dossier dans lequel j'étais en train de travailler avant de recevoir l'appel téléphonique et j'ouvre à nouveau l'OEMC que je suis en train d'écrire. La semaine passée, je me suis trompée et j'ai fait deux notes dans le dossier de la mauvaise personne; il a fallu que je fasse une troisième note pour dire : « Attention, les deux notes précédentes ne sont pas bonnes, elles ne sont pas attribuées au bon client », et il faut que je copie mes notes, une à la fois, que je ferme, que je rouvre l'autre, que je copie, que j'enregistre, que je ferme et que je retourne à l'autre. Même si je suis rapide, je dois avoir pris une demi-heure là-dessus. (E1 IS5 CSSS B)*

En outre, les concepteurs du RSIPA ont introduit un paramètre de conception qui fait en sorte qu'après une période d'inactivité de 15 minutes, l'accès à la plateforme se verrouille en effaçant les écrits rédigés précédemment qui n'auraient pas été sauvegardés.<sup>118</sup> Les effets de ce paramètre

---

<sup>118</sup> Pour ses concepteurs, l'impossibilité d'ouvrir plusieurs dossiers simultanément et le verrouillage d'un dossier après une certaine période d'inactivité assure une plus grande confidentialité des données des usagers.

de conception, combinés aux effets du paramètre précédent, bousculent les routines de travail des IS :

*Ça peut prendre plus que 15 minutes pour écrire [une note évolutive], je peux avoir un téléphone urgent que j'attendais, ça fait qu'il faut que je réponde, et là, je perds ma note. Ça fait que c'est sûr et certain que cet aspect-là, je trouve que c'est plus ou moins convivial, vraiment, vraiment. Ce n'est pas rare qu'on perde quelque chose et qu'il y ait une perte de temps à cause de ça. (E1 IS8 CSSS B)*

*Le RSIPA me limitait et me créait de l'anxiété carrément; je n'étais pas bien avec la limite de temps [de 15 minutes]. J'avais peur de perdre mes données. On est toujours interrompus [dans notre rédaction] par le téléphone ou un intervenant qui arrive dans notre bureau. (E1 IS7 CSSS B)*

*Quand je rédige un OEMC, je ne réponds pas au téléphone. Je vais me prendre une demi-journée dans la semaine où je vais écrire toutes mes notes [évolutives] et je ne répondrai pas au téléphone. (E1 IS8 CSSS B)*

Les nouveaux standards de conception qui ont accompagné l'introduction du RSIPA ont eu pour effet de modifier les processus d'action au cœur de l'activité IS en les amenant à réaménager l'ordonnement de leurs activités relatives au suivi des dossiers des usagers. Ainsi, le mode synchronique a été en partie délaissé au profit d'un mode diachronique, qui a été renforcé.

Bien que ce ré-ordonnement des processus d'action paraisse moins compatible avec le déroulement naturel des activités d'intervention des IS, nos données nous montrent que les IS ont modifié certaines de leurs routines liées à l'arrimage entre leur activité d'intervention et leur activité rédactionnelle. Nous avons ainsi constaté que l'introduction de ces nouveaux standards de conception a résulté en un arrimage plus étroit entre l'activité d'intervention que les IS sont en train de réaliser et la rédaction des traces de cette activité sous forme de notes évolutives :

*Ça m'a appris à laisser sonner dans ma boîte vocale et à terminer ce que je fais. Avant, ce n'est pas rare que j'entendais les gens dire qu'ils sont deux semaines en retard dans [la rédaction de leurs notes évolutives]. Ça faisait en sorte que tu ouvrais huit dossiers en même temps, tu travaillais sur tes huit dossiers, tu faisais des téléphones, tu tapais une ou*

*deux notes, mais, en fin de compte, tu finissais ta journée et tes notes n'étaient pas nécessairement à jour. (E1 IS8 CSSS B)*

*Ce changement-là a changé notre façon de fonctionner. Je trouve qu'on est très « il faut finir ça. » On ne veut pas beaucoup entrecroiser les dossiers. Ça nous oblige à faire nos notes en fonction de ce qu'on fait maintenant, et non à cumuler. Parce que, avant [avec la plateforme antérieure], on imprimait toutes les notes qu'on faisait et on faisait une pile de notes [qu'on utilisait] pour faire nos statistiques. La plupart des gens faisaient ça. Une fois par semaine, ou même une fois par mois [...]. Ça fait en sorte que j'essaie le plus possible de me tenir à jour. Ça fait que tu travailles moins tout éparpillé, [...] ça nous oblige à finaliser ce qu'on a. (E1 IS8 CSSS B)*

Nous avons pu observer plusieurs moyens auxquels ont fait appel les IS afin de recomposer l'ordonnancement de leur activité en vue de l'adapter à ces nouveaux paramètres de conception. Ainsi, le RSIPA semble avoir altéré la capacité réactive des IS en réduisant le nombre d'actions immédiates à la faveur du report de certaines activités (par exemple, la réponse immédiate à un appel téléphonique et, par conséquent, l'action qui aurait suivi). Toutefois, bien que le RSIPA ait renforcé la rédaction des traces de cette activité, il n'assure pas forcément leur diffusion rapide. De fait, nous avons constaté que les IS ont développé diverses stratégies individuelles de rédaction pour mettre en forme les traces de cette activité. La plus fréquente de ces manœuvres consiste à rédiger des fichiers de notes évolutives parallèles en version papier ou en format électronique sur un fichier Word qui peut être ouvert en continu et en arrière-fond de l'application RSIPA. En utilisant cette stratégie, les IS reportent la rédaction de leurs notes évolutives en y réservant un moment dans l'organisation de leur temps de travail.<sup>119</sup> Ces notes évolutives individuelles sont écrites suivant une structure rédactionnelle souple, parfois plus proche d'une note personnelle, parfois très proche de la forme de la note évolutive qui sera ultérieurement déposée sur le RSIPA. Nous avons constaté que certaines de ces notes évolutives parallèles retracent des interventions pouvant s'étaler sur un horizon temporel de plusieurs jours, ce qui, en principe, déroge des règles

---

<sup>119</sup> Nous avons également constaté que ce moment de rédaction des notes évolutives était parfois associé à la compilation des statistiques d'intervention dans la base de données I-CLSC.

édictees par leur ordre professionnel selon lesquelles une intervenante ne peut dépasser un certain délai entre la réalisation d'une intervention et la rédaction de la note évolutive. Ces stratégies de rédaction opposent une forme de régulation autonome découlant d'une logique d'efficacité telle que perçue par les IS aux ensembles de règles en rapport avec la régulation de contrôle que constituent leur ordre professionnel et les standards archivistiques à fondements légaux car ces règles de rédaction n'ont pas été adaptées aux nouvelles stratégies de rédaction des notes évolutives imposées par le dispositif RSIPA. Dans une certaine mesure, ces stratégies de rédaction constituent une forme de détournement des paramètres de conception du RSIPA étant donné qu'elles permettent aux IS de rétablir des usages proches du mode de gestion synchronique des dossiers qui existait avant la mise en œuvre du RSIPA.

En conclusion, nous constatons que les IS entretiennent un rapport ambivalent face à l'usage du dispositif RSIPA, dont la légitimité et la pertinence ne sont *a priori* ni totalement discréditées, ni totalement valorisées. Toutefois, ce rapport n'est pas stable dans le temps, et il prend forme en articulant étroitement l'usage du RSIPA et l'ensemble des composantes modulant cet usage en contexte. Nous observons aussi que la capacité d'un dispositif informatique comme le RSIPA à engendrer plusieurs formes de standardisation de l'activité des IS est réelle mais qu'elle n'est pas absolue. On peut considérer que cette standardisation demeure le plus souvent locale et partielle. Toute forme de standardisation plus globale demeure conditionnelle à un étroit arrimage dans son contexte d'usage entre une reconnaissance de la capacité de l'outil standardisé à soutenir l'efficacité de l'activité et la préservation d'une marge d'autonomie des acteurs qui l'utilisent.

#### **4.4 Les déterminants structureaux de l'activité des IS et les formes de standardisation qui en découlent**

En accord avec nos orientations de recherche, nous voulions mettre à jour les diverses formes de standardisation présentes dans l'activité quotidienne des IS des deux CSSS à l'étude et le rapport que ces IS entretiennent avec ces formes de standardisation. Au début de notre démarche de thèse, et ceci en congruence avec nos préconceptions sur les outils standardisation, nous nous intéressions particulièrement aux formes de standardisation procédurale pouvant résulter de l'usage de certains outils standardisés. Or, lors de nos collectes de données, d'autres formes de standardisation dont nous avions jusque-là minoré l'importance se sont montrées particulièrement prégnantes. Ainsi, nous avons constaté que certaines composantes contextuelles externes aux deux CSSS que nous avons étudiés se présentent comme étant particulièrement structurantes dans l'activité professionnelle des IS. Pour ces raisons, nous avons nommé ces composantes contextuelles, *déterminants structuraux*. Nous montrerons que ces déterminants structuraux peuvent engendrer des formes de standardisation procédurales indirectes. Celles-ci sont indirectes parce qu'elles ne modélisent pas directement l'intervention clinique, comme pourrait par exemple le faire l'usage d'un protocole mais plutôt parce qu'elles engendrent des contraintes dans le déploiement d'une intervention à priori autonome, en balisant les possibles de cette intervention. D'une certaine manière, il nous a semblé que l'autonomie théorique des IS en bonne partie préservée lors de leur usage d'outils standardisés pouvait être fortement entravée par les contextes d'usage de ces outils. La démarche d'exposition et d'analyse que nous suivrons s'arrimera à ce constat et articulera deux niveaux d'analyse distincts mais interreliés. À un premier niveau, nous examinerons les effets de ces déterminants structuraux sur l'activité des IS et à un deuxième, nous analyserons les effets plus globaux sur l'activité qui peuvent résulter des interactions entre ces diverses formes de standardisation.

Dans les pages suivantes, nous examinerons de quelle manière les IS composent avec ces divers



déterminants dans le cadre de leurs activités d'intervention. Dans un premier temps, nous nous pencherons sur les contraintes imposées dans l'activité des IS par les limites du réseau de la santé et des services sociaux. Dans un deuxième temps, nous examinerons de quelle manière les relations entre les CSSS et les milieux de vie régis par des acteurs du domaine privé à but lucratif influent dans l'activité des IS. Dans un troisième temps, nous examinerons le rapport entre les IS du CSSS et les divers acteurs des hôpitaux.<sup>120</sup> En effet, à la suite des fusions organisationnelles survenues en 2004, les modalités de collaboration entre ces deux organisations ont subi des modifications en profondeur. Il en est résulté des transformations importantes de l'activité des IS, notamment sur le plan du déploiement spatiotemporel et de la légitimation de leur activité au regard des autres professionnels. Dans un quatrième temps, nous allons regarder de quelle façon les IS organisent la planification à moyen terme de l'ensemble de leurs activités cliniques et procéduro-managériales. Dans un cinquième temps, nous nous intéresserons aux effets sur l'activité des IS de la logique de performance managériale associés à la mise en œuvre des principes de reddition de compte et aux indicateurs de performance qui accompagnent cette reddition de comptes.

#### ***4.4.1 Rapport des IS aux limites des ressources du réseau***

Un des constats importants qui ressort de notre analyse de l'activité des IS dans les territoires des deux CSSS à l'étude concerne la situation de déséquilibre entre, d'un côté, les ressources disponibles pour mettre en place des services à domicile ou octroyer des places en hébergement institutionnel et, de l'autre côté, les besoins des usagers desservis sur ces mêmes territoires. Ce déséquilibre résulte certes d'une insuffisance des ressources disponibles, mais il est attribuable

---

<sup>120</sup> Même si formellement, sur un territoire donné, les centres hospitaliers et les centres de santé et de services sociaux peuvent faire partie d'un même établissement, nous les considérons comme deux entités distinctes, et ce, principalement parce que chacun d'eux porte des logiques d'action et des modalités de fonctionnement nettement distincts.

également au vieillissement démographique, ce qui fait en sorte que les besoins de la population en hébergement institutionnel et en services à domicile augmentent de manière significative :

*On a tellement de demandes qu'on a l'impression qu'on est en pénurie de ressources humaines tout le temps car la population est plus vieillissante [et] les cas sont plus lourds. (E3 IS 2 CSSS A)*

En soi, notre constat sur ce déséquilibre n'est pas nouveau, mais nous nous sommes attardés à l'analyse des moyens que les IS peuvent déployer pour composer avec cette contrainte :

*C'est des gens en lourde perte d'autonomie, avec un système de services qui est limité. [...] En fin de compte, où c'est demandant, c'est que souvent les gens [n'] ont pas réponse totalement à leurs besoins, ce qui fait qu'on se retrouve avec une précarité ou des risques à domicile. (T1 IS8 CSSS B)*

Bien que ces limites soient présentes dans les deux CSSS, elles sont apparues avec une grande acuité dans le discours tenu par les IS du CSSS A pour des raisons que nous ne pouvons que partiellement expliquer. Il appert que ce déséquilibre s'est aggravé au cours des dernières années particulièrement au CSSS A<sup>121</sup> avec l'apparition de listes d'attente, un phénomène relativement récent, alors que d'imposantes listes d'attente existent au CSSS B depuis plusieurs années, et ce, en dépit d'une préoccupation constante des intervenantes et des gestionnaires de ce CSSS d'améliorer l'efficacité des pratiques. En outre, il semble que le caractère rural d'une partie importante du territoire du CSSS A ait un effet sur la disponibilité des ressources qui se répartissent de manière particulièrement inégale sur ce territoire, ce qui n'est pas le cas du territoire du CSSS B qui est intégralement urbain.

---

<sup>121</sup> Par exemple, l'apparition de délais d'attente a significativement remis en question la révision du fonctionnement du guichet unique, dont la mise en œuvre avait débuté en 2007 (CSSSRT, 2008). En effet, au début de l'année 2011, le CSSS a implanté l'outil de triage PRISMA-7, un instrument standardisé qui permet de repérer des personnes âgées en perte d'autonomie dont la situation pourrait se dégrader advenant qu'elles ne soient pas prises en charge. Bien que l'introduction de cet outil standardisé ait été *a priori* jugée positive, son usage a conduit à dépister un nombre important d'usagers dont les besoins devraient être évalués systématiquement avec un OEMC. Cette situation a exercé une pression sur les acteurs du PALV, incapables de répondre rapidement à cet afflux de nouveaux cas, de sorte que le CSSS a décidé de suspendre l'implantation du PRISMA 7:

*On a fait un petit projet pilote, où on a une intervenante sociale qui a fait passer les PRISMA-7[...]. Quand on a vu que ça générait du volume comme ça, on est obligé de lui dire « wô! » parce qu'on n'était pas préparés à recevoir l'impact que ça crée. (ACP-CSSS A)*

Cette situation a conduit la direction du programme PALV du CSSS A à revoir l'utilisation de ses ressources institutionnelles et à trouver des moyens pour pallier leur insuffisance afin de mieux répondre aux besoins de la population. Ces changements sont relatifs à ce que les acteurs locaux qualifient de virage vers la communauté, un mouvement de réorganisation qui visait à solutionner un problème d'engorgement des lits d'hôpitaux qui était particulièrement important pendant la période allant de 2007 à 2010 :

*L'hôpital était bondé ; il fallait trouver des moyens d'offrir des services aux gens dans les résidences privées pour les maintenir là en attendant qu'on trouve une place en hébergement (ACP CSSS A).*

Pour répondre à cette situation d'engorgement des lits d'hôpitaux, l'équipe de direction du CSSS s'est concertée avec des acteurs du secteur privé du territoire pour développer de nouvelles ressources d'hébergement transitoires (ex : lits de convalescence) ou intermédiaires entre le domicile traditionnel et le CHSLD, comme des ressources intermédiaires (RI) ou des ressources de type familial (RTF)<sup>122</sup>. Cette concertation a également impliqué des acteurs du tiers secteur (économie sociale) pour qu'ils offrent des services à domicile que le CSSS ne pouvait lui-même dispenser. Cependant, ces initiatives se butent à une insuffisance de ressources humaines qui touche aussi le secteur de l'économie sociale dont les entreprises peinent à recruter des préposés aux soins. Cette pénurie de main-d'œuvre est encore plus flagrante dans les petites communautés rurales desservies par le CSSS A, et qui sont mal pourvues de ressources communautaires ou d'entreprises d'économie sociale. De plus, étant donné qu'il s'agit d'un territoire rural, l'implantation de ce type de services au sein même de la communauté et à proximité des usagers pouvant en bénéficier, influe sur la satisfaction des usagers qui bénéficient de ces services, mais

---

<sup>122</sup> Ces deux types de ressources intermédiaires sont destinés à des personnes nécessitant plus de services ou de soins qui n'ont pas besoin d'un encadrement de type CHSLD.

aussi sur leur capacité à les utiliser<sup>123</sup>. Les propos de l'agente de coordination professionnelle du CSSS A présentent un portrait d'ensemble des effets de l'insuffisance des ressources sur la mise en œuvre du virage vers le domicile :

*Ils ont décidé d'investir dans la communauté au niveau RI. Ça n'a pas été nécessairement quelque chose de facile, mais un coup que le virage a été pris, il a fallu amener toute l'équipe vers ça. Les faire adhérer à ça. Il y a eu beaucoup de travail à ce niveau-là. Puis en plus, on était en période où on perdait des travailleurs sociaux [d'expérience] et on avait [de nouvelles recrues], donc tout ça n'a pas été facile. Et le manque de ressources... On dit que l'argent va aller en maintien à domicile, mais on ne l'a pas. Il y a un problème de recrutement de préposés, que ce soit par la coopérative ou même de préposés ici en CSSS, même à l'hôpital. Ils sont durs à recruter, il y a un manque de ressources ici pour ça. Ce n'est pas facile d'offrir des services à domicile. On dit aux gens qu'on va avoir des services quand ils vont sortir de l'hôpital, mais en réalité, ce n'est pas facile à trouver. Ou, quand on trouve [une ressource], elle est difficile à stabiliser. (ACP CSSS A)*

De plus, l'insuffisance des ressources se conjugue avec le vieillissement de la population et son corollaire, l'alourdissement des clientèles, un phénomène qui a renforcé le déséquilibre entre l'offre d'hébergement et les besoins des personnes âgées. Ce problème est particulièrement aigu dans les RPA parce plusieurs résidants relativement jeunes (70 ans) lorsqu'ils y ont aménagés, sont maintenant très âgés (90-95 ans). Ces derniers auraient besoin de services supplémentaires pour y demeurer, car, à défaut de l'ajout de services, ils doivent être relocalisés dans des ressources d'habitation en offrant davantage comme des RI, des RTF ou des CHSLD :

*La clientèle [qui peut entrer en] CHSLD [doit présenter une perte d'autonomie beaucoup plus importante que la clientèle qui pouvait y entrer auparavant]. La vague est allée du côté des RI. Donc les RI ont accueilli les clientèles que les CHSLD [ne peuvent accueillir]. Les RTF accueillent une clientèle beaucoup plus lourde aussi parce qu'ils accueillent la vague des RI. Ce qui reste pour les clientèles en résidences privées, c'est des gens en perte d'autonomie. On a deux résidences privées [sur notre territoire] qui accueillent des clientèles autonomes et ils ont de la misère à remplir leurs chambres. La demande des gens, c'est de rester dans leur milieu. Mais ils sont en perte d'autonomie et on n'a pas les ressources. (E3 IS1 CSSS A)*

---

<sup>123</sup> À titre d'exemple, il peut être difficile pour un proche aidant de se déplacer en hiver d'un bout à l'autre du territoire pour visiter sa conjointe hébergée dans un CHSLD.

Comme l'illustrent les extraits qui suivent, l'insuffisance de l'offre de services affecte fortement l'activité d'intervention des IS en réduisant leurs moyens d'action pour répondre aux besoins des usagers :

*On a besoin d'une ressource, on ne l'a pas, on fait quoi avec le patient? On est démunis autant que lui. C'est là, le cassage de tête. C'est là, la complexité aussi des situations. (E3 IS3 CSSS A)*

*J'ai l'impression de dire plus souvent «non» aux clients. J'ai l'impression que la première fois que je m'assois avec un client pour analyser ses besoins, la première chose que je lui dis en partant c'est : « Non, malheureusement, on ne peut pas vous offrir ça ». (E3 IS1 CSSS A)*

Pour les IS, cet état de situation constitue une source de souffrance au travail, voire de remise en question professionnelle en raison des enjeux axiologiques qui lui sont sous-jacents :

*Le réseau, je le trouve très contraignant. [Il] ne répond pas nécessairement à mes valeurs. Je trouve ça difficile que mes outils d'intervention soient des choses avec lesquelles j'ai de la misère à dealer, par exemple déménager les gens deux ou trois fois, sortir les gens très rapidement de l'hôpital, mais qu'on ne prenne pas le temps d'expliquer aux familles pourquoi on les sort aussi vite. Je vais évaluer qu'un client a besoin d'aide au levé, mais je sais que je ne peux pas lui en offrir. Je trouve ça hyper... très, très, très difficile. Très, très. C'est ce que je trouve le moins évident dans mon travail. C'est ça qui me fait souvent me remettre en question par rapport à l'orientation que j'ai prise dans le programme dans lequel je travaille parce que j'ai l'impression de travailler pour un réseau plutôt que de travailler pour le client. (E1 IS1 CSSS A)*

Nous avons vu à la sous-section 5.3.3.5 que les IS pouvaient s'appuyer sur leur expertise professionnelle et mobiliser certaines stratégies de négociation et de rédaction pour faire en sorte d'adapter les critères de priorisation et d'allocation de services à la singularité des situations cliniques des usagers. Toutefois, malgré cette marge d'autonomie importante, l'insuffisance des ressources limite considérablement la capacité des IS à jouer parce que l'espace de jeu réellement possible s'avère très limité :

*Ce [ne sont pas tant] les critères d'accès [aux services] qui ne sont pas là. [...] Ça devient difficile de négocier quand [ce sont] les ressources qui ne sont pas là. Quand c'est les critères, on peut toujours les négocier. (E3 IS1 CSSS A)*

*C'est plutôt au niveau de l'offre de [services] qu'il y a des problèmes. [...] Mon outil [OEMC] va coter [CHSLD], mais il n'y a pas de place en [CHSLD], ça fait qu'il faut les envoyer [dans une RPA] avec des services supplémentaires. Ça, ce n'est pas la faute de l'outil [OEMC], l'outil avait le bon portrait, mais il n'y a pas la ressource pour offrir le service. (E1 IS4 CSSS A)*

Les limites associées aux ressources opèrent une forme de mitigation qui explique en partie la faiblesse de la régulation de contrôle à s'affirmer pleinement et pourquoi la dérogation aux règles est tolérée par la direction des CSSS. Le mouvement de standardisation dans lequel s'inscrit cette régulation de contrôle énonce des principes généraux qui peuvent soutenir un projet d'intégration des services dont la mise en œuvre est ultimement entravée par l'insuffisance des moyens pour le mettre en œuvre. Les ensembles de règles associées à ce mouvement de standardisation sont d'abord règles projectives à défaut d'être règles contraignantes. Ainsi, tous les acteurs de la ligne hiérarchique de l'organisation se doivent de jouer pour réduire, autant que faire se peut, l'écart entre ces deux ensembles de règles.

#### ***4.4.2 Rapport des IS au milieu de vie des personnes âgées***

Nous examinerons maintenant les rapports qu'entretiennent les IS avec les acteurs des divers lieux de résidence collectifs habités par les personnes âgées, en particulier ceux du secteur privé, soit les résidences d'habitation pour aînés (RPA), les résidences de type familial (RTF) et les résidences intermédiaires (RI). Les RPA peuvent offrir une prestation de services plus ou moins étendue sur une base forfaitaire ou à la carte selon les besoins particuliers des résidents. En outre, en vertu de certaines ententes financières entre les CSSS (CSSS A et CSSS B) et les RPA de leur territoire, ces dernières peuvent parfois offrir aux usagers présentant une perte d'autonomie importante un ensemble de services équivalents à ceux que l'on retrouve dans un CHSLD, mais presté à l'extérieur du réseau public, tout en étant soumis aux mêmes règles de financement.

Ces nouvelles modalités de partenariat entre le secteur public et le secteur privé sont présentes dans les deux CSSS à l'étude, mais, lors de nos collectes de données, nous en avons trouvé davantage les traces dans le discours des acteurs du CSSS A. Nous avons constaté qu'environ la moitié des cas que l'on retrouve dans la charge de cas des IS dans les deux CSSS à l'étude est constituée de personnes âgées vivant dans des RPA plutôt qu'un milieu de vie traditionnel comme une maison ou un logement sans services. Il en résulte que les acteurs des RPA, c'est-à-dire les propriétaires, les gestionnaires, le personnel soignant et le personnel auxiliaire prodiguant des soins de proximité se présentent comme des acteurs incontournables dans l'activité d'intervention des IS auprès des usagers en CSSS. En fait, comme nous avons pu le constater lors de nos observations, les IS sont régulièrement en contact avec le personnel soignant de ces RPA, par exemple pour s'informer de l'évolution de l'état de santé d'un résident ou encore lorsque des événements critiques surviennent, comme une chute ou une détérioration rapide des capacités cognitives d'un usager. Or, la collaboration et la coordination des actions entre les IS et les acteurs des RPA confrontent deux logiques d'action distinctes, à savoir celle des acteurs institutionnels, dispensant des services en fonction des besoins de la population, et celle des acteurs du secteur privé, offrant des services selon une logique marchande avec à la clé une recherche de profit. Même si on ne peut pas assujettir l'activité des acteurs privés à cette seule logique, nous montrerons que son omniprésence infléchit l'activité des IS parce qu'elle ajoute de nouvelles formes de régulation aux formes de régulation existantes au sein des CSSS. Ces formes se conjuguent dans un mouvement de régulation dont le fondement n'est ni clinique ni administratif, mais qui a néanmoins un effet direct sur l'activité clinique des IS.

Comme on l'a vu précédemment, l'insuffisance de places de type CHSLD a conduit la direction des CSSS à mettre en œuvre des services ou à consacrer davantage de ressources aux services à

domicile afin de repousser le plus longtemps possible l'entrée des personnes âgées en CHSLD. Cette volonté peut même se traduire par des arrangements dans l'attribution des ressources financières ou la manière de conduire les interventions des IS qui dérogent aux règles que le CSSS s'est lui-même fixées :

*Il y a une volonté de [...] maintenir dans leur milieu de vie le plus possible. Ça me donne une grande marge de manœuvre, dans le sens que je peux imaginer des plans d'intervention farfelus. Cet aspect-là me donne beaucoup de pouvoir dans les idées pour maintenir les gens dans leur milieu de vie au niveau des sous. [...] C'est des choses qui n'auraient pas été faites avant. (E1 IS4 CSSS A)*

Pour que les acteurs du secteur privé et propriétaires de RPA puissent assumer ce nouveau rôle, qui était auparavant confié aux milieux d'hébergement, diverses modalités de prestation et de financement de services plus ou moins formalisées ont été mises en œuvre, comme l'achat par le CSSS de services dispensés par le personnel de la RPA ou encore le financement par le CSSS de services donnés par des acteurs du tiers secteur à des usagers résidants en RPA. Or, le renforcement du rôle du secteur privé de même que les changements que nous venons d'exposer dans les modalités de prestation et de financement des services ont progressivement modifié la nature des relations entre les acteurs des CSSS comme les IS et ceux des résidences privées :

*À mes débuts au PALV, avec la résidence privée, ce n'était pas une concertation de cette façon-là; ils géraient leurs affaires, je gérais mes affaires, on allait les supporter et c'était tout, mais là, j'ai l'impression d'être quasiment une employée à temps partiel pour eux autres; je passe beaucoup de temps à les aider, à les supporter, à les amener à faire des changements. (E1 IS1 CSSS A)*

*C'est comme si c'était quasiment des clients, les résidences privées, c'est comme si c'était des familles : il faut prendre soin d'eux autres si on veut qu'elles continuent de prendre soin de notre client. (E3 IS2 CSSS A)*

*C'est mon travail de m'assurer que ce client-là va recevoir des bons services et que la résidence va agir dans son intérêt. [...] En même temps, je vais offrir un support à ces résidences-là parce que le client est aussi considéré à domicile quand il est en résidence privé. [...] J'ai beaucoup à négocier avec eux. (E3 IS1 CSSS A)*



En outre, nous avons constaté que l'omniprésence des RPA comme milieu de vie a eu pour effet d'altérer la capacité proactive des IS dans le suivi de leurs dossiers. En effet, leur charge de travail fait en sorte que les IS ne sont pas en mesure d'effectuer des visites au domicile des usagers sur une base régulière et préventive, ce qu'elles compensaient par un suivi distal par acteur interposé. Ces derniers, les proches-aidants ou le personnel du CSSS qui se rendait à domicile régulièrement pour prodiguer des soins relatifs aux AVD ou aux AVQ pouvaient informer les IS de l'évolution de la condition des usagers ou d'évènements critiques pouvant affecter subitement leur autonomie. Ainsi, à défaut d'une présence directe, le suivi distal constituait une forme de vigie, ce que les IS appellent leur « œil à domicile. » Étant donné que les CSSS ont progressivement délégué (ou délaissé) leur rôle de prestataire de services à domiciles au personnel des RPA, l'effectivité de ce suivi distal repose maintenant sur la bonne volonté des acteurs de ces RPA :

*Je fais toujours un suivi avec les résidences, un partenaire super important. Je leur dis toujours : « Appelez-moi dès le moindre petit problème. » Ils sont rendus habitués; ils savent comment ça marche. Quand ils crient que ça ne marche plus [...], je leur dis de m'appeler [...], on va pouvoir regarder si on peut amener plus de services [pour éviter ou retarder une relocalisation dans un CHSLD]. (E3 IS2 CSSS A)*

Les modalités de fonctionnement du suivi distal se caractérisent par leur grande variabilité. Elles reposent notamment sur la qualité d'un lien informel de collaboration entre les acteurs des RPA et les IS, sur le niveau de compétence du personnel soignant travaillant dans ces RPA et sur une logique d'action propre aux acteurs des RPA, mais qui, contrairement à ce pourrait penser, ne se limite pas toujours à la stricte recherche de profits :

*Il y en a que c'est une question d'argent, mais ce n'est pas toujours une question d'argent. Des fois, ils les aiment [leurs résidants], et ils en font bien plus que ce qu'ils seraient censés faire. [Un usager] que ça fait longtemps qu'il est là, ça leur fait de la peine qu'il parte. (E2 IS5 CSSS B).*

On le conçoit, ces nouveaux modes de suivi distal prennent forme selon des configurations très variables, parfois en soutenant la capacité des IS à planifier et à coordonner leur activité, parfois en l'entravant. Il peut en résulter un déficit de coordination et de proaction lorsque, dans certaines situations, les IS sont informées beaucoup trop tardivement de la dégradation de la situation (« *seulement quand ça pète* ») (E1 IS5 CSSS B) pour intervenir afin d'éviter ou de diminuer sensiblement la dégradation de l'autonomie des usagers concernés :

*La personne dans mon vis-à-vis, c'est la directrice de la résidence. Elle ne va pas tout me dire, à moins qu'elle veuille se débarrasser de la personne. Là, tout d'un coup, elle va ouvrir les livres. Mais, tant que ça va, elle ferme sa boîte.* (E1 IS5 CSSS B)

Comme on le constate, le jeu individuel de chacun des acteurs qui offrent des services aux usagers a un effet sur le mouvement d'ensemble. Certaines stratégies utilisées par les acteurs des RPA et qui sont liées à ces nouveaux modes de suivi distal nous illustrent certaines dérives. Par exemple, comme nous l'avons vu à la section 5.3.3 portant sur les outils de priorisation et d'allocation de services, les hôpitaux sont priorisés par les instances MAH dans l'attribution de places d'hébergement afin de libérer les lits qui sont d'abord destinés à des soins actifs. Ce principe déroge au critère de priorisation basé sur l'ancienneté des demandes<sup>124</sup> au profit de critères épidémiologie de gestion des risques et de gestions des coûts :

*En étant hospitalisé, ça coûte cher au système, elle est obligée de les sortir, donc ceux qui sortent de l'hôpital prennent la place de ceux qui sont en RI et que j'ai évalué qui sont en attente de CHSLD à la RI.* (E2 IS4 CSSS A)

Or, les IS nous ont expliqué que l'application de ces critères de priorisation peut provoquer certains effets pervers car ils peuvent se prêter à divers jeux des acteurs des RPA afin de les détourner de leur finalité. Ainsi, certaines RPA se « débarrassent » de résidents nécessitant trop de services pour ce qu'ils sont en mesure d'offrir en les envoyant en ambulance à l'hôpital :

---

<sup>124</sup> Comme nous l'avons vu dans la section 5.3.3.3, ce genre de situation peut parfois être à la source de plaintes formelles faites par de proches des usagers voyant des places d'hébergement être octroyées à un usager hospitalisé qui « passe devant eux » pendant qu'ils attendent qu'arrive enfin leur tour.

*La résidence ne veut plus le garder. Il va aller à l'hôpital, puis, à l'hôpital, ils vont le prioriser parce qu'il est à l'hôpital. (E2 IS5 CSSS B)*

De même, dans certaines situations où des usagers sont inscrits sur une liste d'attente pour une place en CHSLD, certaines familles déjouent ces règles de priorisation en envoyant leur proche en ambulance à l'hôpital :

*On ne le dit pas aux clients [que cette stratégie existe] pour éviter qu'ils [court-circuitent] le processus. (OBS IS2 CSSS A)*

En conclusion, il ressort de ce qui précède que la marge d'autonomie des IS dans leur activité est fortement balisée par un ensemble de contraintes contextuelles. Ces dernières, sans pour autant prescrire les modalités de mise en forme de l'activité clinique qui doit être accomplie par les IS, imposent des limites importantes aux possibilités d'action dans laquelle peut se déployer l'activité de ces intervenantes.

#### ***4.4.3 Rapport des IS à l'hôpital***

À plusieurs reprises jusqu'ici, nous avons montré en abordant le sujet de manière périphérique que l'hôpital constitue une composante incontournable de l'activité d'intervention des IS auprès des usagers qui sont dans leur charge de cas. Nous pénétrons maintenant plus en profondeur au cœur des interactions entre les IS et les acteurs de l'hôpital afin de mettre en lumière les formes de standardisation qui peuvent en résulter. Tout d'abord, nous retracerons les origines de ce nouveau rapport entre les IS et l'hôpital. Par la suite, nous montrerons de quelle manière ce rapport s'est accompagné de transformations importantes de l'activité des IS, notamment sur le plan de son déploiement spatiotemporel et de la légitimation de leur activité au regard des autres professionnels.

L'intégration structurelle résultant des fusions regroupe en général des CLSC, des CHSLD et un

hôpital général. Au moment de notre collecte de données, l'épisode des fusions était encore bien présent à la mémoire des IS du CSSS A et était considéré comme l'un des changements dans leur organisation les plus souvent évoqués. En outre, les activités d'intervention d'une des IS de notre échantillon (IS 4) du CSSS A se déroulent intégralement à l'hôpital, ce qui nous a permis d'accéder à un point de vue de l'intérieur de cette institution. Bien que la thématique des fusions ait aussi émergé du discours des IS du CSSS B comme étant un déterminant important de leur activité professionnelle, elle ne présente pas le caractère novateur que l'on retrouve dans les représentations des IS du CSSS A puisqu'elle est davantage routinière. Malgré cette différence entre les deux CSSS, notre analyse épousera une logique d'exposition transversale qui nous permettra de mieux étayer notre démarche d'analyse en concentrant notre réflexion sur les dimensions les plus prégnantes des activités observées. Dans les cas où cela sera nécessaire, nous apporterons les précisions requises en lien avec les contextes spécifiques.

Avant les fusions, le travail d'intervention des IS auprès d'un usager cessait au début d'un épisode d'hospitalisation et ne reprenait qu'au moment où cet usager recevait son congé. L'hôpital et le CSSS demeuraient deux mondes distincts, deux organisations avec leurs ensembles de règles particulières, ce qui faisait que l'activité des acteurs restait circonscrite à l'intérieur des murs respectifs de ces organisations. Nous avons noté que le mouvement de fusions a engendré un décloisonnement de l'activité des IS ainsi qu'une extension et une multiplication des règles régissant ces activités. Les IS doivent dorénavant assurer le suivi des usagers non seulement à l'intérieur du CSSS mais aussi hors les murs de cet établissement en intervenant avec l'ensemble des autres organisations qui sont impliquées dans l'intervention auprès d'un usager. Pour les IS, l'obligation d'intervenir à l'hôpital a amené une transformation du locus de la responsabilité de l'intervention. Auparavant, cette responsabilité était

individuellement portée par chacun des acteurs se succédant dans la prise en charge d'une situation clinique, mais, avec les fusions, la responsabilité de l'intervention, dans une logique d'imputabilité territoriale, tend à être portée par l'ensemble des acteurs impliqués dans une situation clinique, ce qui impose de nouvelles modalités d'action pour les acteurs :

*Avant, chacun s'en lavait les mains : c'est l'autre. Le CHUS nous les envoyait, les autres nous les envoyaient [...], chacun ne voulait pas se salir les mains. Mais je pense que ce qui a changé, c'est l'imputabilité de la population. (E1 IS5 CSSS B)*

*Maintenant, on est vraiment en grand avec les partenariats, c'est : « On s'appelle, on se parle. » « C'est quoi ton idée par rapport à ça? Où est-ce que tu t'en vas dans ton intervention? Moi, ce que je te propose, c'est ça. » Ça fait que là, c'est sûr qu'on a à travailler plus. On ne peut plus se rejeter la responsabilité l'un et l'autre, on ne peut plus dire : « C'est à cause de l'hôpital, ils l'ont sorti trop vite. » Ça ne marche plus, ça. (E1 IS1 CSSS A)*

En outre, cette responsabilité partagée se double de prescriptions normatives fortes, qui, sans imposer explicitement les activités d'intervention à réaliser, les contraignent à tendre vers des cibles communes. Ainsi, ce mouvement de standardisation s'arrime fortement à une technologie qui impulse la logique d'ensemble à l'activité des IS :

*Ils ont uniformisé notre façon de travailler avec tout le monde, c'est-à-dire qu'il faut parler le même langage, donc utiliser la même façon de travailler, être collaborateur, tant dans un sens que dans l'autre, et cesser les guerres de pouvoir qui tendent encore à tenir un peu. (E1 IS3 CSSS A)*

Le décloisonnement de l'activité des IS s'est accompagné d'un décloisonnement disciplinaire parce que l'activité d'intervention en milieu hospitalier nécessitait qu'elles travaillent plus étroitement avec des professionnels appartenant à d'autres champs disciplinaires. Ceci a eu pour effet de confronter l'activité des IS à un univers normatif nouveau qui s'ajoute à celui auquel elles étaient habituées. L'ampleur de cette confrontation nous amène à la qualifier de complexification normative :

*Avant [les fusions], quand les gens allaient à l'hôpital, on était quasiment en brake. On prenait notre dossier, et on disait : « On va voir ce qu'ils vont faire à l'hôpital. » [...] Maintenant, les gens vont intervenir à l'hôpital. Les départements, la façon dont ils*

*fonctionnent, les deadlines, et cætera, c'est encore pour moi une espèce de... ça fait peur.*  
(E1 IS1 CSSS A)

*Quand j'ai commencé à aller à l'hôpital, je trouvais ça un petit peu moins rigolo, je trouvais ça difficile. [...] J'avais l'air de l'extra-terrestre qui envoie quelqu'un chez eux. Mais ça n'a aucun bon sens. Ils n'avaient pas la vision qu'on a aujourd'hui du maintien à domicile.* (E1 IS2 CSSS A)

*La façon de travailler est différente à l'hôpital. [...] Ça fait qu'en partant, c'est comme ceux qui sont toujours sur place : ils se connaissent, ça fait que les intervenants, ça va, ils savent toujours à qui parler et quand parler, choses que nous, quand on arrive là, on est comme un chien dans un jeu de quilles.* (E1 IS4 CSSS A)

Ces changements ont nécessité que les IS composent avec les règles d'une vaste organisation dont elles connaissent mal les rouages et les règles de fonctionnement, de sorte qu'elles n'ont qu'une maîtrise très limitée tant des règles formelles provenant de la régulation de contrôle propre à l'hôpital que des règles plus implicites émanant de la régulation autonome locale. En raison de la complexification du jeu, la marge d'autonomie des IS se trouve entravée parce que ces dernières maîtrisent mal ces nouvelles règles et ce, d'autant plus que ce jeu se déploie sur un espace plus étendu. En ce sens, l'hôpital constitue une nouvelle arène dans laquelle la marge de manœuvre des IS par rapport à leurs possibilités de jouer avec les règles leur paraît plus ou moins claire, ce qui fait que les frontières, nouvelles, de leur marge d'autonomie professionnelle doivent être redéfinies. Nous examinerons comment le décloisonnement de l'activité des IS influe sur cette marge d'autonomie en analysant leur activité selon deux dimensions, soit son organisation spatiotemporelle et sa légitimation.

#### *4.4.3.1 Un choc dans la temporalité et le déploiement temporel de l'activité*

Pour les IS du CSSS A, la collaboration avec les acteurs hospitaliers a significativement infléchi le déploiement temporel de leur intervention. Par exemple, quand un des usagers qui fait partie de leur charge de cas séjourne à l'hôpital, les IS doivent s'y déplacer pour collecter les informations dont elles ont besoin pour évaluer la situation de cet usager et compléter rapidement l'OEMC afin

de planifier soit son retour à domicile, soit un changement de milieu de vie lorsque cela devient nécessaire à la suite d'une perte d'autonomie. Dans ces situations, les IS doivent arrimer la temporalité de leur collecte de données à la temporalité de l'activité des autres intervenants de l'hôpital, particulièrement ceux prodiguant des soins de proximité (par exemple, les infirmières ou les auxiliaires de soin) afin d'être en mesure d'obtenir les informations dont elles ont besoin pour compléter leur évaluation :

*Le truc, c'est d'arriver pendant qu'ils sont en train de [faire les routines pour lesquelles on veut connaître l'autonomie de la personne]. Sauf que ça va très, très vite, il faut se dépêcher [et] avoir notre liste de questions prête. Les transferts, vous faites ça comment? (E2 IS4-CSSS A)*

Or, les déplacements et le temps d'attente à hôpital impactent sur la programmation quotidienne des activités des IS, soumises à un agenda qu'elles considèrent comme étant déjà très chargé :

*Je sens que je les dérange encore quand j'y vais, veux, veux pas. Nous autres, on arrive comme un cheveu sur la soupe, [mais] moi, mon bureau, il n'est pas à l'hôpital. Ça fait que je veux mon information comme là, je ne reviendrai pas dans deux heures. (E1 IS2 CSSS A)*

*Tout le monde est pressé parce que tout le monde n'a pas assez d'heures dans sa journée. [...] Je pense qu'ils ne voient pas toujours l'importance de notre rôle. [...] je comprends qu'ils ont des soins à donner, mais, attendre une demi-heure pour avoir une réponse de deux minutes, je peux trouver ça plat. Des fois, on se croise dans le corridor : « Comment vous faites son transfert? » « Je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps. » Mais moi non plus, je n'ai pas une demi-heure à attendre. « Comment vous faites son transfert? C'est parce que ça va prendre une minute et demie à me répondre; moi, je vais pouvoir continuer ma journée et toi aussi. » Parce qu'ils nous oublient après ça. Ça fait qu'après, la demi-heure, ça se transforme en heure, en heure et demie. Ça fait qu'au niveau du temps, déjà, il me semble que mon horaire était complet avant que j'aie à l'hôpital; bien, aller à l'hôpital, c'est comme une grosse surcharge. (E1 IS4 CSSS A)*

Nous avons montré que les fusions organisationnelles ou la constitution de continuum CSSS-hôpital avaient généré ce que nous pouvons qualifier comme un choc de temporalité. A ce propos, le point de vue d'une IS qui travaille à l'hôpital présente un autre regard sur cette même réalité ; selon cette intervenante, ce sont plutôt les IS du CSSS qui n'arrivent pas à répondre aux contingences propres de l'activité des acteurs de l'hôpital :

*Ce qui peut être agaçant, c'est lorsqu'on va cogner à la porte du CLSC [et] qu'on attend un retour d'appel. [Si] ça prend plus de 48 heures, ça peut être agaçant un peu. Ça me déplaît [...] quand j'ai besoin d'une réponse. J'ai 48 heures ici pour l'enquête. [...] C'est vrai que les gens qui n'ont pas goûté au système hospitalier ne peuvent pas savoir non plus ce qui bouille dans le chaudron. Tu vois peut-être une marmite qui bouille avec une soupe, mais tu ne sais pas quelles sortes de légumes il y a dedans. Donc, tu te dis : « Je vais la rappeler quand je vais avoir le temps. » Parce que, eux, ils gèrent leur agenda, alors que nous autres, on ne peut pas, il faut y aller sur le vif. (E1-IS3 CSSSA)*

Outre ce choc de temporalité, le décloisonnement de l'activité des IS a donné lieu à des changements qui se sont révélés particulièrement structurants dans l'ordonnement de leurs activités quotidiennes. Ces changements résultent de la nécessité de prioriser le suivi des usagers hospitalisés par rapport au suivi des usagers à domicile, ce qui va se refléter directement dans l'ordonnement des tâches quotidiennes des IS :

*Ça change quand même notre pratique parce que tu mets de côté ce que tu es en train de faire, et tu es comme plus en mode urgence. Tu as 24 heures pour remplir ta requête et aller voir ce qui se passe. (E3 IS2 CSSS A)*

*On y va un peu avec comment l'hôpital fonctionne pour coordonner nos choses. Mais, à la base, l'hôpital, il faut prioriser. Si j'ai un congé d'hôpital et que je sais qu'il faut installer des services parce que la personne ne fonctionne vraiment plus parce qu'elle a [subi] une perte d'autonomie et que le médecin me dit qu'il donne le congé demain, mais que, dans un autre dossier j'ai un aidant qui dit qu'il ne [va] vraiment, vraiment pas [bien] et qu'il est bien, bien épuisé et tout ça, bien, malheureusement, l'aidant, je vais le laisser de côté pour l'hôpital. Ça, c'est sûr, je n'ai comme pas le choix. (E3 IS8 CSSS B)*

Ce constat est si prégnant qu'il se présente transversalement dans nos deux CSSS et qu'il se manifeste sous plusieurs formes. Lors de nos observations, nous avons pu constater qu'une des premières activités journalières des IS des deux CSSS consiste à vérifier si des usagers faisant partie de leur charge de cas sont présentement hospitalisés. En ce qui concerne les IS du CSSS B, ces dernières reçoivent chaque matin par courriel une liste des usagers hospitalisées qui sont suivis en gestion de cas. Nous avons observé que la lecture de ce courriel constituait l'une des premières activités des IS à leur arrivée au bureau :

*Monsieur X a été hospitalisé [la fin de semaine]. Je l'ai vu dans ma liste de mouvements hôpital du lundi. [Ensuite], j'ai parlé avec la fille de Monsieur X, puis j'ai appelé à*



*l'hôpital pour dire que j'étais la gestionnaire de cas au dossier. J'ai parlé avec l'infirmière de l'étage pour voir comment ça allait. (E2 IS8 CSSS B)*

Lorsqu'une IS constate qu'un des usagers de sa charge de cas est hospitalisé, elle communique rapidement avec l'hôpital pour s'informer de sa condition. Les IS considèrent cette activité comme étant prioritaire car l'information obtenue déterminera la suite des interventions qu'elles devront réaliser pour cet usager. En effet, le séjour prolongé d'un usager à l'hôpital nécessite que les IS communiquent avec les prestataires de services à domicile afin d'interrompe ces services durant l'hospitalisation et, le cas échéant, d'ajuster la prestation de services à sa nouvelle condition au moment du congé. Parfois, l'hospitalisation d'un usager peut s'accompagner d'une dégradation subite de son autonomie et nécessiter un changement de milieu de vie. Dans cette situation, l'obtention rapide d'informations sur les usagers hospitalisés fait en sorte de préserver une certaine marge d'autonomie aux IS en leur permettant d'agir de manière proactive et ainsi de voir venir les coups puisqu'elles sont en mesure de planifier les interventions des prochains jours pour un usager donné (par exemple, la mise à jour de l'OEMC), comme l'illustre éloquemment l'extrait qui suit :

*Qui est allé à l'hôpital? Tous les jours, on vérifie [...]. Je n'ai jamais eu de directives pour dire : « Vous devez consulter la liste des gens à l'hôpital et communiquer avec les gens de l'hôpital immédiatement »; ce n'est pas dit : « Vous avez cet outil-là; faites-en ce que vous voulez. » [...] Normalement, s'ils sont à l'hôpital, il faudrait que tu voies ce qui va arriver avec eux autres. (E1 IS5 CSSS B)*

Même si les IS du CSSS A ne disposent pas de cette liste de mouvements hôpital, ces dernières sont chaque matin en attente d'un éventuel appel de l'IS de l'hôpital afin de savoir si des usagers faisant partie de leur charge de cas sont hospitalisés. Nous avons même observé que certaines IS contactent directement l'IS de l'hôpital tôt le matin au lieu d'attendre un appel éventuel. Ceci illustre le caractère surdéterminant de l'hôpital sur l'activité quotidienne des interventions à réaliser auprès des usagers hospitalisés.

De l'autre côté, nous avons constaté que les activités de l'IS oeuvrant à l'hôpital s'inscrivent dans cette même logique d'ordonnement des activités quotidiennes. Cette IS reçoit quotidiennement des requêtes de prise en charge formulées les médecins des diverses unités de soins. Ces requêtes peuvent lui être acheminées sous forme papier à tout moment de la journée par le système de tube pneumatique et arrivent au secrétariat de son unité de travail. L'appareil émet un bruit distinctif très audible à l'oreille lorsqu'un cylindre arrive. Aussitôt qu'elle prend connaissance d'une nouvelle requête, l'IS consulte la plateforme informatique de l'hôpital afin de déterminer si l'utilisateur faisant l'objet de cette requête fait déjà partie de la charge de cas de l'une ou l'autre des IS du CSSS. Le cas échéant, l'IS de l'hôpital communique avec sa collègue du CSSS pour l'informer de l'hospitalisation d'un des usagers de sa charge de cas. La réattribution des nouvelles requêtes constitue une priorité pour l'IS de l'hôpital car elle lui permet de se décharger du suivi de certains dossiers. Par contre, lorsqu'un usager n'est pas connu des IS du CSSS, l'IS de l'hôpital doit en prendre la charge, ce qui enclenche une séquence d'activités devant conduire cette intervenante à évaluer la condition de cet usager dans des délais prescrits.

Nous avons montré que le déploiement temporel de l'activité des IS était fortement arrimé aux priorités de l'hôpital, ce qui se reflète directement dans l'ordonnement de leurs activités quotidiennes. Or, comme nous l'avons souligné précédemment, le déploiement temporel de l'activité des IS est aussi modulé sur un autre plan, à savoir celui de la vitesse d'exécution et de la visualisation de cette activité à l'aune d'une logique de performance. En effet, comme le relatait l'IS travaillant à l'hôpital, les activités d'intervention de l'ensemble des acteurs du milieu hospitalier sont soumises à des règles qui les forcent à se conformer à de courts délais de prise en

charge et d'évaluation des personnes hospitalisées afin que le congé de l'hôpital puisse être donné le plus tôt possible :

*Il va sortir parce qu'on ne garde plus les gens sous des soins passifs, sous des soins de routine. (E2 IS4 CSSS A)*

*J'ai de la pression de l'hôpital qui nous dit que [monsieur X] engorge nos systèmes d'urgence. (E1 IS3 CSSS A)*

Ces règles traduisent une volonté de maximiser l'utilisation des lits d'hôpital pour des soins de santé actifs et de courte durée. L'usage des lits dans les hôpitaux est étroitement surveillé et soumis à une logique de reddition de compte en vertu des ententes de gestion signées entre les CSSS et les ASSS de leur territoire et sujet à examen par le MSSS.<sup>125</sup> Pour les acteurs cliniques, la logique de reddition de comptes constitue une puissante forme de régulation de contrôle qui se traduit par une pression constante à « sortir » les usagers de l'hôpital (24h-48h) aussitôt que les traitements sont terminés et que leur état est stabilisé. Lors de nos observations, nous avons pu constater que l'occupation des lits à l'hôpital fait l'objet d'une surveillance très étroite, journallement, voire « à l'heure près » (E1 IS3 CSSS A). Ce monitoring s'incarne avec force dans le déroulement de brèves réunions journalières, auxquelles sont tenues de participer les infirmières-chefs de chacune des unités de soins de l'hôpital et l'IS de l'unité gériatrique. Ces réunions, animées par la directrice des services professionnels, que les IS appellent la « police de lit », ont pour but de faire le portrait journalier de l'occupation des lits. Pour chacune des unités de soins de l'hôpital, les infirmières-chefs présentent le ratio d'occupation des lits, les décès survenus depuis 24 heures (parce que ces décès représentent des libérations de lits), les congés prévus dans la journée et les congés prévus dans les jours à venir. En outre, lors de ces réunions, la pertinence de tout prolongement de séjour est remise en cause et conduit à devoir expliciter les actions qui rendront possible l'obtention du congé. Par exemple, l'extrait suivant, que nous avons composé à partir de nos observations et que nous avons clarifié par des incises que nous avons ajoutées, montre le caractère performatif des échanges qui se déroulent entre les infirmières-chefs et la directrice des services professionnels :

---

<sup>125</sup> Comme en témoigne l'annexe XI, dont les informations sont tirées du rapport annuel de gestion de l'ASSS, (ASSSCA, 2011), plusieurs indicateurs formulés dans les ententes de reddition de comptes démontrent la priorité accordée à la gestion des lits de courte durée.

*Unité de soin gériatrique : taux occupation 29/29 [lits], un [patient] décédé, pas de congé prévu, [chambre] 47B en attente de relocalisation. (OBS IS3 CSSS A)*

Pour l'IS de l'hôpital, en raison du caractère performatif de l'imputabilité qui y est associée, ce monitoring de l'occupation des lits est en lui-même vecteur de standardisation car il s'impose comme une contrainte tangible sur l'ordonnancement et le rythme d'exécution de sa propre activité tout en renforçant la coercivité des règles :

*Pour évaluer un cas, ça te demande une gymnastique et une compréhension qui soit concise et précise et faite dans un laps de temps bien, bien, bien, bien limité. [Une IS] ne peut pas faire traîner une évaluation deux semaines [sinon] elle se fait poser des questions. D'ailleurs, les comités du matin, où on se rejoint, les assistants et les chefs d'unité, c'est là qu'on fait le topo [sic] des patients qui sont hospitalisés. Si un patient est 72 heures ici, si ce n'est pas [pour] une raison médicale, c'est [pour] une raison sociale, et, si c'est [pour] une raison sociale, pourquoi? (E1 IS3 CSSS A)*

Cependant, pour l'IS, la participation à cette réunion lui permet d'agir en proaction puisque les informations qu'elle y obtient lui permettent de planifier l'ordonnancement de son activité en tenant compte des nouveaux cas avec lesquels elle devra composer dans les heures et les jours à venir :

*C'est quand même positif parce que tu peux voir aussi les coups d'avance, en ce sens que, si on me dit : « Bien, regarde, en chirurgie, j'ai tel cas qui s'en vient, j'ai un cas de service social », je sais que je vais avoir une requête, donc ça me permet déjà de me préparer. [...] C'est sûr que ça met de la pression, mais, en même temps, tu as le topo [sic] du jour. Pow! Tu sais qu'aujourd'hui, à l'urgence, c'est l'enfer. Mais toi, tu sais. (E1 IS3 CSSS A)*

L'une des manifestations les plus présentes de la logique de performance managériale dont nous avons fait état dans notre problématique prend forme dans la part de l'activité d'intervention des IS qui implique des interactions avec les acteurs de l'hôpital. Nos données nous révèlent que cette logique de performance managériale s'impose aux dépens de la pertinence clinique dans l'activité d'intervention des IS :

*La seule pression que je sens et que j'ai l'impression que c'est pour bien paraître et répondre à des standards, c'est sortir les gens de l'hôpital. Il y a, de un, que ça coûte cher, mais quand on entend aux nouvelles qu'à tel hôpital, ils n'atteignent pas leur objectif, il y a des civières tout le temps, et [que] c'est à cause des personnes âgées... Ça fait que là, ça*

*redescend ici : si c'est à cause des personnes âgées, c'est parce qu'on ne fait pas bien notre travail, ils n'ont pas assez de services à la maison. (E1 IS4 CSSS A)*

*C'est peut-être 48 heures? Ça fait que tu as la pression que vite, vite, vite, et il faut que tu montes en haut : « Vite! Sortez-nous-le. » [Pour l'administration de l'hôpital], c'est comme : « On s'en fout, du client. Nous autres, on veut juste scorer au niveau des statistiques. » Moi, en tout cas, c'est de même que je le prends. Ce n'est pas dit de même. Moi, vu que je suis une fille de terrain, c'est comme ça que je le prends. Le ministère, eux autres, ils vont regarder les statistiques, et that's it. Ça, c'est un gros irritant pour moi. (E1 IS2 CSSS A)*

Nous avons expliqué plus haut que, dans la planification de leur intervention, les IS des deux CSSS doivent composer avec une insuffisance structurelle de ressources. Or, comme nous l'avons écrit précédemment, les usagers séjournant à l'hôpital sont priorisés dans l'attribution de ces ressources trop rares afin d'accélérer l'obtention de leur congé :

*C'est sûr que, quand on sort de l'hôpital, on peut avoir une hausse de services plus facilement, c'est vraiment d'emblée. J'ai juste à dire [que] pour [permettre] le retour à domicile, il faudrait telle et telle choses. C'est rare que ça [m'est] refusé. (E3IS8 CSSS B)*

Même s'il va de soi que toute hospitalisation est globalement défavorable au maintien de l'autonomie des usagers, l'extrait qui suit laisse entendre que la logique de performance managériale semble prévaloir sur la logique de performance clinique :

*J'ai l'impression que, quand on parle de sous, c'est sensible. Ce qui fait mal, plutôt ce qui touche les gestionnaires, c'est les sous. Quand j'ai un aidant qui est épuisé et qu'il commence à me dire : « Si ça ne marche pas, je débarque à l'hôpital », bien ça, ça a du poids parce que les lits, ça coûte des sous. [...] je vais souligner l'état de la situation de l'aidant [auprès des instances MAS-MAH], jusqu'où il est rendu, mais, quand on parle de sous, l'oreille est plus là. (E2 IS1 CSSS A)*

En conclusion, nous constatons que, à la suite des fusions organisationnelles, le décloisonnement des organisations et la nécessité de se coordonner avec les acteurs de l'hôpital ont engendré des transformations importantes dans le déploiement spatiotemporel de l'activité des IS. Pour les IS du CSSS A, le choc de temporalité qui résulta initialement de ce changement a été amplifié par les effets de la logique de reddition de compte. En ce qui concerne les IS du CSSS B, même si

nous n'avons pas observé de choc de temporalité en raison de caractère plus routinier des pratiques de coordination, nous avons montré que leur activité était étroitement arrimée à la temporalité et aux priorités des acteurs de l'hôpital. Comme on peut le constater, l'arrimage de l'intervention des IS avec les interventions des acteurs de l'hôpital est modulé par une standardisation des performances en raison d'une pression qui s'exerce en permanence et qui les amènent à intervenir selon des délais et des critères de priorisation prescrits. Cette pression influe sur l'ordonnancement des activités quotidiennes des IS. Il en résulte une puissante forme de standardisation procédurale, qui, même si elle se fait indirectement, n'en est pas moins prégnante.

L'hôpital apparaît comme un dispositif organisationnel qui est capable de générer des règles qui se démarquent par leur caractère coercitif. Les règles issues de ce dispositif constituent une puissante forme de régulation de contrôle, laissant peu d'espace de jeu avec les règles qu'il produit. S'agissant de l'ordonnancement des activités quotidiennes, la marge d'autonomie résultante des IS se résume pour l'essentiel à leur capacité à voir venir les coups afin de se réapproprier une plus grande part de contrôle sur l'agenda régissant leur activité.

Comme nous l'avions précédemment proposé, la transformation du rapport des IS à l'hôpital a entraîné une complexification normative qui est potentiellement porteuse d'une remise en cause des assises de la légitimité de l'activité des IS. Ce sont ces assises et leur arrimage avec l'espace de jeu des IS que nous examinerons maintenant.

#### 4.4.3.2 Les assises de la légitimité des IS face aux acteurs hospitaliers

Comme nous l'avons expliqué, le décloisonnement de l'activité des IS a conduit au développement de pratiques de collaboration entre les divers professionnels qui doivent intervenir auprès d'un usager. Ces interactions interprofessionnelles impliquent que chacun des acteurs ait un rôle spécifique à jouer et que cette spécificité soit reconnue par les autres acteurs pour qu'une certaine légitimité leur soit conférée. Dans les lignes qui suivent, nous examinerons le rapport entre la légitimité des IS auprès des autres acteurs hospitaliers et les forces standardisantes qui se manifestent à l'hôpital. Nous aborderons la question de la légitimité des IS sous l'angle de la légitimité perçue, c'est-à-dire telle que les IS elles-mêmes la perçoivent.

De manière générale, la perception de cette légitimité paraît plus faible parmi les IS du CSSS A que chez les IS du CSSS B.<sup>126</sup> Ainsi, pour la majorité des IS du CSSS A, cette légitimité semble encore fragile, comme en témoigne cet extrait quelque peu caricatural qui évoque une démarche de collecte d'informations réalisée par une IS du CSSS auprès du personnel de l'hôpital :

*J'ai l'air d'un petit bébé minou qui ronronne. J'ai assez peur de me faire chialer après. Est-ce que vous pourriez, s'il vous plaît, m'accorder une petite minute? Je vais faire ça vite. (E3 IS4 CSSS A)*

Ce point de vue se démarque sensiblement de celui de l'IS du CSSS A qui travaille à l'hôpital depuis longtemps. La légitimité de cette dernière repose sur sa connaissance des standards procéduraux, terminologiques et de résultats qui guident l'action des acteurs de l'hôpital. Écrit autrement, (comme l'illustrent les extraits surlignés), sa légitimité repose sur sa connaissance approfondie et sa maîtrise des règles formelles et des règles implicites qui régissent l'activité des

---

<sup>126</sup> La comparaison des deux CSSS appelle une certaine prudence quant aux explications à donner sur les différences constatées. En effet, d'une part, l'intégration des services est factuellement moins avancée au CSSS A par rapport au CSSS B et, d'autre part, la gestion de cas est implantée au CSSS B depuis longtemps. En fait, nous pouvons avancer l'hypothèse que c'est davantage l'antériorité de la gestion de cas que l'état d'avancement des fusions structurelles qui joue sur la différenciation du rapport des IS à l'hôpital dans les deux CSSS à l'étude.

acteurs de l'hôpital :

*Je suis ici depuis longtemps. Je n'en suis plus comme à ma première expérience. Avec les médecins, c'est le fun parce que je sais de quoi on parle; je suis familière avec les diagnostics, je suis familière avec les structures médicales, je suis familière un petit peu avec le rouage du personnel infirmier, ça fait que c'est vraiment rendu de partenaire à partenaire, je ne me sens pas du tout inférieure au médecin, D'autant plus qu'avec les jeunes médecins, c'est encore plus facile d'avoir cette forme de sécurité parce qu'ils commencent, ça fait que tout le rouage du système, des ressources, ils sont moins familiers, ça fait que[les jeunes médecins] c'est facile de les coacher. (E1 IS3 CSSS A)*

Nous avançons l'idée que dans cette situation, la légitimité repose moins sur l'appartenance professionnelle que sur l'appartenance au corps social de l'hôpital car la maîtrise des règles renforce la capacité de cette IS à jouer et à composer avec celles-ci. En outre, comme le laissent entendre les extraits en caractère gras, la connaissance fine que possède cette IS des rouages de l'hôpital renforce sa position par rapport aux acteurs qui n'ont pas cette connaissance et sa capacité à arrimer étroitement son activité à la temporalité de l'hôpital.

Cette assise de la légitimité est plus marginale et encore en processus d'élaboration chez les trois autres IS du CSSS A, mais elle est très présente chez les IS du CSSS B<sup>127</sup>. Celles-ci considèrent que la spécificité de leur rôle est maintenant bien reconnue par les acteurs de l'hôpital, particulièrement par les médecins de famille avec qui elles ont des contacts réguliers, bien que cette légitimité n'ait pas été acquise dès le début :

*Je pense que, depuis dix ans, on a acquis une expertise et une reconnaissance. Maintenant, la plupart des médecins sont contents d'avoir des gestionnaires de cas à la différence d'il y a quelque temps. (E3 IS5 CSSS B)*

---

<sup>127</sup> Bien que moins présente, elle n'est pas totalement absente au CSSS A comme en témoigne l'extrait ci-dessous :  
*Je trouve l'hôpital plus accessible au niveau des ressources, au niveau du partenariat, au niveau de la concertation, au niveau de plein d'affaires. Avant, une réunion de l'hôpital de jour, jamais, jamais, jamais on aurait été invités à cette rencontre-là, tandis que là, on est capables vraiment de suivre notre client partout, par où il passe, et de comprendre où est-ce qu'il en est rendu [...] Je ne me sens pas gênée d'appeler [l'infirmière responsable] du département de gériatrie et de lui demander : « Aïe! Mon client vient d'être hospitalisé. Je le sais qu'il n'y a pas de requête d'hébergement, mais moi, où est-ce que j'en suis rendue dans mon plan d'intervention, c'est ça, ça, ça, ça, ça. » C'est plus accessible. (E1 IS1 CSSS A)*



Toutefois, il appert que les assises de cette légitimité sont davantage fondées sur leur activité à titre de gestionnaires de cas que sur une appartenance professionnelle quelconque :

*Dans le contexte de l'hôpital, « gestionnaire de cas », ils veulent entendre ça; [mais] que je sois TS ou que je sois ergo[sic], je pense que ça ne leur fait rien. (E1 IS5 CSSS B)*

*Quand on arrive à l'hôpital et qu'on [s'identifie comme gestionnaire de cas], ça, ça leur fait plaisir parce qu'ils [se] disent [qu'] elle va m'apporter des solutions quand je vais en avoir besoin. (E3 IS6 CSSS B)*

Comme le laissent entendre les extraits précédents, la légitimité des gestionnaires du CSSS B et celle de l'IS du CSSS A reposent sur leur capacité d'action, et plus particulièrement sur leur capacité à mettre en œuvre les services requis pour un retour à domicile.

Nous avons pu observer plusieurs échanges pendant lesquels des IS exposent au médecin les conditions qui rendront possible un retour sécuritaire à domicile de l'utilisateur (mobilisation de la famille, mise en place de ressources, etc.). De surcroît, à défaut d'être des acteurs décisionnels forts, les IS disposent d'une expertise pouvant alimenter l'argumentaire des médecins ou de certains autres acteurs de l'hôpital, qui, eux aussi, peuvent subir des pressions de la part de l'administration pour sortir rapidement les usagers de l'hôpital. Dans l'extrait suivant, une IS explique que les médecins la consultent avant de déterminer la date de congé d'un usager ou d'entreprendre des interventions susceptibles de précipiter un congé qui ne serait pas opportun :

*Ta légitimité te vient, [en partie de ton rôle de] gestionnaire de cas, et je pense que c'est de plus en plus intégré chez les médecins. [...] Les médecins, quand ils ont des patients âgés à l'hôpital, ils se demandent toujours s'ils vont pouvoir les ressortir. Nous, on est là, ça fait que ça leur enlève cette pression-là. Si on leur dit : « Bien, voulez-vous le retourner? » Je dis : « Ah! Bien, vous pouvez le garder une semaine de plus, il va sortir. » Ou : « Non, il ne pourra pas retourner. » Ça fait que [le médecin ou un autre professionnel] ne s'acharnera pas à essayer de faire faire quelque chose [au patient pour favoriser son retour à domicile]. (E3-IS5-CSSS B)*

Nous avons introduit cette section en expliquant que, dans la foulée des fusions, la responsabilité des interventions individuelles tendait à devenir une coresponsabilité assumée collectivement par

l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès d'un usager. En ce sens, l'extrait précédent montre que la légitimité des IS auprès des autres acteurs renforce leur capacité à se dégager une marge d'autonomie. Cette légitimité repose également sur la capacité des IS à favoriser une marge d'autonomie collective chez les acteurs cliniques de l'hôpital. Nous considérons que cette marge d'autonomie collective rend possibles des jeux d'alliances avec d'autres acteurs afin que ceux-ci puissent exercer un contrepoids face à la puissante régulation de contrôle découlant de la logique de reddition de comptes, logique qui traverse et domine souvent la logique de performance clinique des acteurs cliniques de l'hôpital.

En conclusion, l'on peut affirmer que, face aux acteurs de l'hôpital, la légitimité des IS repose sur leur niveau de connaissance des règles émanant de la régulation de contrôle et sur leur capacité à participer au jeu collectif de ces acteurs. Le degré de maîtrise de ce jeu dont font preuve les IS soutient la marge d'autonomie des autres acteurs du champ clinique par rapport aux acteurs responsables de la gestion de l'hôpital.

#### **4.4.4 Déterminants structuraux de la planification hebdomadaire de l'activité**

Dans le prolongement de notre analyse des déterminants structuraux de l'activité des IS, nous examinons maintenant les règles qui guident la priorisation des diverses activités hebdomadaires des IS dans la planification de leur travail. Nous montrerons que cette planification est modulée par certains moments organisationnels récurrents qui en déterminent le plan d'ensemble, moments que nous avons nommés invariants organisationnels. Le premier constat ressortant de nos observations est à l'effet qu'une partie importante de l'ordonnancement de l'activité quotidienne des IS ne s'inscrit pas dans une logique de proaction, mais plutôt à une logique de réaction afin de répondre aux demandes surgissantes<sup>128</sup> :

*Tu travailles avec les appels [téléphoniques] que tu as, dont les retours d'appel. Je travaille avec ce qui passe. (E3 IS7 CSSS B)*

Ainsi, dans une large mesure, l'ordonnancement de l'activité quotidienne s'établit selon un horizon temporel très court, le matin, après avoir pris connaissance des messages téléphoniques et des courriels provenant d'autres professionnels ou d'utilisateurs et leurs proches. De fait, les priorités quotidiennes tant cliniques que procéduro-administratives s'arriment à ces demandes surgissantes :

*Comme le repas du jour, il y a l'urgence du jour. [...] Quand il y a l'urgence du jour [...], l'entrevue que tu as faite hier [pour mettre un] OEMC à jour, tu reportes ça au lendemain, ça fait que, le lendemain, la prévention que tu voulais faire avec tel autre usager, tu ne la fais pas, il faut que tu [informatises] l'OEMC [que tu n'as pas terminé]. (E3 IS6 CSSS B)*

*On n'a plus le temps de faire des visites de suivi [à domicile]. Avant, je pouvais aller chez mes clients pour rien, pas [seulement] parce que j'avais eu un appel et qu'il y avait de quoi qui n'allait pas. Maintenant, on éteint des feux tout le temps, on est toujours en mode survie. (E3 IS5 CSSS B)*

Ainsi, la réponse à ces demandes surgissantes rend difficile à mettre en œuvre toute stratégie de planification, voire toute activité clinique de nature préventive, étant donné que l'agenda doit

---

<sup>128</sup> En outre, nous avons montré que les activités procéduro-administratives relatives à un utilisateur donné sont constamment entrecoupées par des activités procéduro-administratives requises pour le traitement d'autres dossiers.

constamment être remanié. Dans sa plus forte expression, ce constat se traduit par la formulation d'une stratégie de planification que l'on pourrait qualifier d'*ad hoc*, ce qui la rapproche d'une forme d'injonction paradoxale :

*Je planifie beaucoup au jour le jour [...]. C'est sûr qu'il y a des choses qui sont planifiées, inscrites, [mais] il y a plein de trous. Mais, c'est souvent reporté à la semaine prochaine. La même madame, elle peut être écrite trois ou quatre fois. (E3 IS4 CSSS A)*

Comme le révèlent les deux extraits qui suivent, la planification hebdomadaire de l'activité des IS doit également être assujettie à la nécessité de prioriser les congés d'hôpital tout en arrimant étroitement les actions permettant de mettre la question du congé à l'ordre du jour de la réunion hebdomadaire des mécanismes d'accès à l'hébergement (MAH) puisque c'est au cours de ces réunions que se décidera l'allocation d'une place d'hébergement. Ainsi, les activités cliniques d'évaluation et procéduro-administratives nécessaires pour la préparation de ces réunions sont considérées prioritaires parce que l'issue de ces réunions ordonnera la suite des activités des IS :

*Je ne me fais pas d'horaire. Je me fais un petit horaire, je me cédule quelques rencontres dans la semaine. La semaine prochaine, j'ai cédulé quelques rencontres, mais les clients ne savent pas que je les ai cédulées. On priorise l'hôpital dans un premier temps. Là, je le sais que j'ai deux cas. Lundi [prochain], je vais appeler à l'hôpital [pour] voir un petit peu où j'en suis là-dedans. Ça va être ces deux cas-là que je vais prioriser dans un premier temps. Ceux que je vais passer en début de semaine, c'est sûr que je vais passer pour la [réunion du MAH] mercredi. Puis, à partir du mercredi après-midi, je cédule mes rencontres à domicile si, à l'hôpital, toutes mes affaires sont réglées. Ceux que je vais comme prioriser, je les appelle des fois la journée même ou pour le lendemain. Ça fait que je ne fais plus vraiment d'horaire [...]. J'en ai toujours un, mais c'est toujours juste écrit au plomb, et c'est de semaine en semaine, même de jour en jour. C'est comme ça que ça fonctionne. Je ne prends pas beaucoup de rendez-vous, j'arrive souvent comme ça, à l'improviste; les clients qui ont des troubles cognitifs, une journée ou une autre, ça ne les dérange pas. (E3 IS1 CSSS A)*

*En début de semaine, je ne fais comme pas grand-chose, [...] je suis là pour préparer [les] congés [d'hôpital] quand ce sera le temps. (E2 IS2 CSSS A)*

La planification et la priorisation des diverses activités hebdomadaires des IS est soumise à deux formes de contrainte temporelle étroitement liées, soit mettre rapidement en place les conditions pour obtenir les congés d'hôpital et s'assurer que l'activité effectuée s'arrime à la temporalité de

certaines invariants organisationnels comme les réunions du MAH :

*À la base, l'hôpital, il faut prioriser. Si [d'un côté], j'ai un congé d'hôpital qui est précaire et que je sais qu'il faut installer des services parce que la personne a [subi] une perte d'autonomie et que le médecin dit : « Je donne le congé demain », et que, [de l'autre côté], j'ai un aidant qui dit qu'il ne [va] vraiment, vraiment pas [et] qu'il est bien, bien épuisé, bien, malheureusement, l'aidant, je vais le laisser de côté pour l'hôpital. (E3 IS8 CSSS B)*

*En premier, c'est... S'il n'y a personne à l'hôpital, je regarde ma liste de qui ça fait le plus longtemps qu'il attend. Ça, ça va commencer par la personne qui a le plus besoin, qui est la plus désorganisée. [...] Après ça, ça va être la personne que ça fait le plus longtemps qu'elle attend. [Malgré ces critères], si je j'en ai un d'hospitalisé, bien, ils vont attendre encore. (E1 IS5 CSSS B)*

Il en ressort que la marge d'autonomie des IS dans la planification hebdomadaire de leur activité paraît fortement réduite en raison de la mise en priorité des usagers dont les soins actifs à l'hôpital sont terminés. L'effet combiné de ces invariants organisationnels et de l'insuffisance des ressources du réseau se manifeste dans un déséquilibre permanent entre les besoins des usagers et le temps dont disposent les IS pour répondre à ces besoins :

*À part que l'étau va se resserrer dans la rapidité d'exécution [...] Tout ce que je vois, c'est la quantité de travail, qui va toujours aller en augmentant. La seule contrainte que je vois, c'est ça : avoir plus de travail que ce que je peux faire, et ne pas donner le service que j'aimerais. (E3 IS4 CSSS A)*

*Je n'ai plus le temps de les faire, mes notes, et je n'ai pas le temps de les faire, mes plans. Il y a trop d'ouvrage [...], on ne prend pas nos pauses, on ne dîne pas toute notre heure, bien souvent, et on finit plus tard, mais on n'a pas le temps. Ça fait que je me croise les doigts pour qu'il n'y ait pas de plaintes dans les dossiers où je n'ai pas fait mes notes, ou que, quand ils vont [vérifier] des dossiers, ils ne tombent pas sur ceux-là. [...] Quand tu fais des démarches pour trois ou quatre personnes en même temps dans la même semaine et que le téléphone ne déroutait pas, que, quand tu prends un appel, ça flashe rouge, puis tu en prends un autre, puis tu as des petits post-its partout, c'est sûr que tu en échappes, des notes. C'est sûr que la personne, elle finit hébergée. Vas-tu recommencer du lundi tous les téléphones que tu as faits puis tous les écrire à telle heure, à tel poste? Non, parce qu'il y en a deux autres qui sont rentrés à l'hôpital. (E1 IS4 CSSS A)*

Les deux extraits qui précèdent illustrent la nécessité pour les IS de répondre à des contraintes qui s'exercent sur leur activité en produisant davantage. Ainsi, l'activité à l'hôpital paraît moins soumise à une standardisation procédurale au sens strict puisque cette standardisation ne prescrit

pas les interventions à réaliser, mais elle se rapproche d'une forme de standardisation des résultats parce qu'elle force l'inscription de l'activité clinique dans un mouvement d'ensemble autour de finalités précises, par exemple l'hébergement institutionnel ou le congé d'hôpital.

Cette standardisation des résultats à l'aune d'une logique de performance est la source de multiples injonctions paradoxales parce que les divers ensembles de règles qui prescrivent les modalités d'exécution de l'activité ne peuvent pas être respectés en même temps. Par exemple, comme le montre la partie soulignée de l'extrait précédent, il n'est pas possible de répondre à la fois aux demandes surgissantes et d'arrimer l'ordonnancement de l'activité à l'ensemble des invariants organisationnels qui la régissent tout en respectant l'ensemble des directives prescrites par l'organisation. L'incapacité des IS à répondre à toutes ces prescriptions se manifestera forcément par l'apparition de certaines formes de dérogation aux règles. L'impossibilité de respecter l'ensemble de ces directives se traduit dans une composition technique qui combine l'obéissance à certaines règles, la dérogation implicite à d'autres règles et l'émergence de certaines formes de déviance qui, sans être explicitement formalisées, peuvent être collectivisées et faire l'objet d'un compromis collectif, c'est-à-dire d'une forme de régulation conjointe. Par exemple, comme nous l'avons vu précédemment, la direction du CSSS peut fermer les yeux sur certaines formes de déviations comme certaines pratiques de rédaction de dossiers qui ne respectent pas les règles existantes (CSSS A et B) ou le non-usage de PSI (CSSS B). Ces formes de déviance font en sorte de sortir rapidement les usagers de l'hôpital et, en ce sens, elles arriment l'activité des IS à une logique d'efficacité. Cette logique d'efficacité constitue une composition *ad hoc* qui permet de répondre aux exigences immédiates pesant sur les IS. Ces déviations sont autorisées parce qu'il est requis de composer avec des ensembles de règles qui ne

sont pas toujours cohérents les uns avec les autres, tant en termes de contenus, de priorisation et de conditions d'effectuation.

Cependant, dans une perspective globale d'intégration de services, voire dans une perspective clinique qui serait moins globale mais qui viserait néanmoins à répondre aux besoins des usagers, cette logique d'efficacité *ad hoc* peut engendrer des effets délétères tant sur les usagers que sur les IS elles-mêmes. Comme le laisse voir l'extrait figurant ci-dessous, les IS, bien qu'elles se prêtent au jeu et qu'elles composent avec cette logique d'efficacité *ad hoc*, sont bien conscientes des contradictions portées par ce jeu. Dans le pire des scénarios, ces contradictions peuvent même s'extérioriser en souffrance au travail :

*Je ne pousse pas mes interventions comme je le souhaiterais parce que ça va trop vite, on n'a pas le temps, trop de demandes, peu de temps, moins de qualité. Je laisse souvent tomber mon côté psychosocial parce que ça, le psychosocial, ça prend du temps. C'est normal, et ça, on l'oublie. On oublie souvent qu'il y a une personne en arrière de ça. Ce n'est pas juste, excusez, une maudite statistique, il y a autre chose. Le psychosocial, si on prenait le temps de le faire comme il faut, on sauverait du temps ailleurs. On n'a pas le temps de faire de la prévention, et ça nous sauverait tellement de temps; on ne serait pas obligés de toujours intervenir dans des situations de crise. [...] On est là quand ça va mal. Quand ça va bien, on n'est plus là. Mais, on intervient toujours dans des situations de crise, alors que, si on prenait le temps ou si notre charge de cas était différente ou était plus considérée, ça serait totalement différent. [...] Les intervenants qui ont de la difficulté à mettre leurs limites [...] veulent bien répondre à la demande d'efficacité et de productivité, mais, s'ils ne savent pas dire non, on risque de les perdre, ces intervenants-là : c'est l'épuisement professionnel. Je l'ai vécu dans la dernière année [...], combien de fois que j'étais à bout, à pleurer. [...] Ce n'est pas normal. Il y a la productivité, mais on oublie tous les impacts au niveau de l'intervention. (E6 IS7 CSSS B)*

Pour certaines IS, le fait de se prêter au jeu de cette logique d'efficacité *ad hoc* s'avère ne suffit plus pour leur permettre de répondre à l'ensemble des prescriptions qui leur sont imposées. Pour ces IS, la solution qui s'impose prend la forme d'une exportation du travail au-delà des frontières de leur CSSS, le travail venant alors envahir la sphère privée de leur vie :

*Plus tu en demandes, plus les gens ont un seuil de tolérance qui va chercher ton irritabilité, ta santé, qui atteint toutes les sphères. [...] On n'est pas conscients de ça, on se laisse bouffer par ce système-là. Moi, je rentre de bonne heure le matin, je rentre des fois les fins de semaine; il ne faudrait pas, mais [...] c'est un couteau à double tranchant. Si tu ne le fais pas, le lundi, tu vas être pénalisé parce que tu n'as pas d'autres mains et que tu vas être obligé de prendre les bouchées doubles : « Qu'est-ce qui est le plus payant finalement pour moi? Est-ce que c'est d'absorber ça, ou alors vivre avec la conséquence que je vais traîner ça toute la semaine et que je vais me le faire renoter? » C'est difficile. C'est difficile. D'où l'importance d'aller revendiquer ce dont on peut avoir besoin. Mais, d'emblée, je pense qu'on est tellement pris dans cet engrenage-là qu'on ne pense même pas à aller le faire. (E1 IS3 CSSS A)*

*On a l'impression de ne pas aller assez vite parce qu'on a tellement de travail qu'on n'arrive pas à tout le faire. La pression, c'est plus de dire : « Il faut que tu réussisses à faire tout ça dans tant de temps. » [...] Si je n'ai pas fini, je vais amener mes notes et je vais les faire chez nous. (E3 IS3 CSSS A)*

Les extraits qui précèdent montrent avec force que l'incapacité des IS à répondre à l'ensemble des prescriptions qui leur sont imposées constitue une source importante de souffrance au travail.

Cependant, cette incapacité alimente aussi la souffrance des IS lorsqu'elle entache l'espace de la relation avec l'utilisateur :

*C'est le poids de ne pas répondre aux demandes des clients. Si on est TS ce n'est pas pour rien. On a décidé de faire ce travail pour être présent auprès des gens, pas juste pour faire de la paperasse. De ne pas être capable, de dire à un client : « Je n'ai pas le temps de vous voir aujourd'hui parce que j'ai d'autres personnes à m'occuper. » Ce n'est pas normal d'avoir à dire ça. Juste un exemple concret. Ça fait au moins six mois que je me dis : « Il faudrait que je rappelle cette madame-là pour une relance psychosociale parce que je ne sais pas comment elle va et qu'elle m'inquiète. » Mais, je n'ai pas eu le temps. (E1 IS7 CSSSB)*

Ainsi, plus que toute forme de standardisation procédurale qui prescrirait les actions à faire par l'entremise de protocoles ou de guides de pratiques, les contraintes exercées sur le déploiement temporel de l'activité se présentent comme une force standardisante particulièrement puissante :

*Mon autonomie, je la vois vraiment dans la gestion de mon horaire. C'est nous autres qui décidons où on les met, quand, à quelle fréquence [...]. Tu gères ton horaire tout seul, sauf que, dans la réalité, ça pousse tellement que, même si on se fait bien des petits plans, on n'est pas si autonomes que ça. On est autonomes oui et non. (E1 IS2 CSSS A)*

*J'ai mon espace dans ma liberté d'action. [...] Je suis libre d'aller rencontrer dans la journée au moment où je peux aller le rencontrer, mais je ne suis pas libre de faire ce que*



*je veux dans une semaine. Si j'ai un OEMC à faire, je vais le faire pour le mercredi. Je suis tributaire de ces exigences-là. L'organisme s'attend à ce que le patient soit passé au MAH et qu'il ne soit plus là, qu'il n'occupe plus un lit [destiné à des soins actifs]. (E1 et E3 IS3 CSSS A)*

Comme le montrent les extraits ci-dessus, il y a bien chez les IS une marge d'autonomie qui subsiste sur le plan de la planification de leur agenda, mais celle-ci doit s'arrimer à l'ensemble des contraintes temporelles et à l'insuffisance des ressources disponibles. En ce sens, nous qualifions cette marge d'autonomie d'interstitielle. Ce caractère interstitiel renvoie certes à sa dimension réduite, mais il fait surtout référence au fait que les frontières de cette marge d'autonomie sont mouvantes et adaptatives, ce qui permet aux IS de composer avec l'ensemble des contraintes qui limitent le déploiement de cette autonomie.

Dans les extraits qui suivent, on peut voir l'étroite articulation entre la part d'autonomie et la part de contrainte dans l'activité des IS. Les deux citations illustrent le fait que, dans l'activité des IS, l'autonomie ne peut jamais se déployer sans contraintes et ces contraintes ne peuvent jamais évacuer complètement l'autonomie. Nous avons souligné ce qui relève de la part d'autonomie et mis en gras ce qui concerne la part de contrainte :

*Tu as de la marge de manœuvre dans ta marge de manœuvre; le reste, tu n'en a pas. J'ai de la marge de manœuvre avec mon client, toute seule chez eux, pour identifier ses besoins, ses limites, les miennes, les limites du réseau. Je n'ai pas de marge de manœuvre sur ce que je peux lui offrir [comme services]. J'ai une marge de manœuvre professionnelle, mais il y a des limites institutionnelles.* (E3 IS5 CSSS B)

*On est laissé vraiment plus de manière autonome dans notre savoir-être [dans les aspects relatifs] à comment intervenir à domicile, quand faire nos visites à domicile, comment les faire. Mon approche avec la personne, le temps que je vais lui apporter, et je pense le soutien psycho-social et la façon que je vais l'apporter, ça, c'est moi. J'interviens de la façon que j'interviens à cause du système dans lequel je suis. Tout ce qui est donné, c'est du CLSC appris par cœur que je lui donne. Ce n'est pas nécessairement moi, donc il faut que j'essaie de trouver ma couleur là-dedans et d'apporter ma personnalité pour l'intervention. [...] Quand je vais faire une visite à domicile, je vais évaluer les besoins. Ça le dit. La façon de l'amener et la façon de discuter avec la personne, la façon de voir le besoin, ça peut être différent d'une personne à l'autre, mais comment traiter le besoin*

*(il peut y avoir une incontinence ou pour traiter un problème d'épuisement), je dirais que, à la base, malheureusement, on est pas mal tous, tous mindés de la même façon de l'offre de services. (E3 IS8 CSSS B)*

*Il faut se la donner [l'autonomie] parce que c'est la productivité qui plane. À travers ta cueillette de données et tes rencontres, il faut que tu ailles la chercher [...]. Dans ton expertise, l'espace que tu as est concis, alors il faut que tu sois précis. [...] c'est d'adapter le côté thérapeutique avec ta cueillette et avec ton évaluation; si tu [de]viens travailleur social dans un hôpital, c'est ce point fort là qu'il faut aller chercher, que [l'IS] puisse posséder ce côté thérapeutique là, mais, en même temps, efficacité pour une analyse du profil de [l'utilisateur] qui soit rapide, parce que, sinon, tu n'as pas le temps. (E3 IS3 CSSS A)*

Les extraits qui précèdent nous relèvent, qu'en outre de devoir s'arrimer aux contraintes exercées sur son déploiement temporel, l'activité des IS doit aussi s'arrimer aux standards procéduraux, conceptuels et terminologiques qui sont portés par les technologies associées à l'intégration des services et par la logique d'autonomie fonctionnelle. Cependant, certains aspects de l'intervention des IS ne sont pas régis (ou sensiblement moins) par ces standards. Ces aspects prennent forme dans ce que nous dénommons un espace de la relation avec l'utilisateur. Jusqu'à maintenant, nous avons évoqué cette espace dans différents contextes en insistant sur l'importance que les IS accordent à sa préservation. Or, comme on le constate, cet espace permet aux IS de développer une forme de régulation autonome, un type de régulation relativement rare dans les activités que nous avons observées. En outre, la forme de régulation de contrôle déployée ne correspond pas à une forme de déviance mais plutôt à une composante identitaire à la fois individuelle, concernant chacune des IS comme personne, et collective, renvoyant à des dimensions identitaires de leur profession. Que ce caractère identitaire soit réel ou idéalisé nous apparaît secondaire, mais sa préservation sous une forme ou une autre nous semble être une composante essentielle à prendre en considération pour appréhender le rapport des IS aux outils standardisés.

En conclusion à cette section, nous pouvons constater que, malgré l'ensemble des contraintes qui s'exercent sur leur activité, chacune des IS compose de manière singulière avec les forces de standardisation qui s'exercent et accompagnent leur activité, forces de standardisation pouvant tantôt leur ouvrir une marge d'autonomie, tantôt fermer cette marge d'autonomie.

#### ***4.4.5 Rapport des IS à la logique d'efficacité managériale***

Dans les pages qui précèdent, nous avons montré que la nécessité de travailler avec les acteurs de l'hôpital conditionne significativement l'ordonnement de l'activité des IS. L'omniprésence d'une logique de reddition de comptes, en raison de son caractère coercitif, renforce la capacité de l'hôpital à imposer ses propres règles. Ainsi, l'obligation de résultats, sous la forme de cibles volumétriques mesurables<sup>129</sup>, par exemple prendre les moyens requis pour qu'un usager obtienne son congé de l'hôpital dans un délai donné, produit indirectement une forme de standardisation procédurale. Pour les IS, aucune règle ne prescrit directement les modalités ou le déploiement temporel des actions qui peuvent prendre place au sein de l'espace de relation avec l'utilisateur. Cependant, les limites du déploiement de cet espace sont soumises à certaines contraintes en rapport avec les standards de résultat auxquels sont astreintes les IS. Ainsi, ces intervenantes doivent constamment composer avec les contraintes résultant de la standardisation de résultats qui découle de la logique de reddition de comptes pour aménager l'espace de leur relation avec l'utilisateur, siège pour elles d'une marge d'autonomie qui leur est particulièrement significative.

---

<sup>129</sup> Comme le montre l'annexe XI, les indicateurs de gestion relatifs aux délais d'attente à l'hôpital sont formulés comme suit : *nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée*. C'est à partir de cette définition de l'indicateur que nous le qualifions de volumétrique. Les résultats obtenus par le CSSS sont comparés aux cibles fixées par le MSSS.

Partant de ce qui précède, nous examinerons maintenant comment les IS se représentent cette logique de quantification. Ces représentations nous permettront par la suite de comprendre le rapport général des IS à la logique d'efficacité managériale. Les représentations générales qui y sont associées témoignent d'un rapport distancié face à une logique perçue comme étant exogène à la fois aux fondements même de l'activité des IS et aux contingences propres du contexte dans lequel se réalise cette activité. En effet, l'une des dimensions identitaires saillantes caractérisant ce rapport est associée à une représentation de leur métier comme une profession dont l'essence même se caractérise par l'absence de protocolisation et de quantification :

*Ce n'est pas une science le service social. (E1 IS5 CSSS B)*

Ce constat est convergent avec celui fait par de Montmollin, un ergonomiste du travail qui, déjà, il y a près de trois décennies, traduisait la finalité du travail social en ces termes : « [...] des tâches sans production, et même sans objectifs définissables. Des tâches sans critères évidents de réussite » (1986, p. 32). En outre, cette indétermination de la tâche, dont le statut paraît presque ontologique pour les IS, se double d'un positionnement axiologique basé sur la défense de valeurs implicitement considérées comme étant différentes de celles portées par d'autres groupes professionnels. Bien que les deux commentaires suivants aient été faits sur le ton de la boutade pour faire image, ils traduisent des enjeux plus fondamentaux de l'intervention, voire des enjeux éthiques (autonomie contre protection) qui se retrouvent souvent au cœur des discussions interdisciplinaires en milieu hospitalier :

*Quand [les usagers] ne prennent pas leurs pilules, les infirmières, c'est certain, c'est l'enfer, s'ils ne prennent pas leurs pilules. Nous autres, les TS, on dit : « Ce n'est pas grave. Il va mourir? Il va mourir pareil ! » (E1 IS5 CSSS B)*

*Tu peux adapter ton outil au professionnel que tu es. Si tu es infirmier, bien, tu peux y aller en mesures quantifiables : « Bon. Combien de millilitres d'eau tu bois? » Alors que moi, bien, c'est : « Vous, prendre de l'eau, est-ce que c'est important? (E1 IS3 CSSS A)*

De surcroît, le décloisonnement de l'activité des IS rend cette activité davantage visible aux intervenants des autres professions, de sorte que cette apparence d'indétermination de la tâche

chez les travailleurs sociaux devient en quelque sorte surexposée en contexte de travail interdisciplinaire:

*Un travailleur social, ça jase avec le monde, mais ce n'est pas ça, le travailleur social. Il ne fait pas rien que jaser avec le monde; dans le jasage [sic], il y a pas mal de planètes qui gravitent autour de ça. Mais, à première vue, quelqu'un qui ne connaît pas ça, il me voit jaser avec un patient : « Bien, elle, elle ne fait rien. » (E3 IS3 CSSS A)*

Ces distinctions et ces spécificités portées par les divers regards disciplinaires qui se croisent en milieu hospitalier ne sont pas nouvelles. Elles peuvent se jouer selon des configurations diverses établissant des rapports de négociation et de collaboration entre les divers acteurs habitués au système normatif propre à l'hôpital, dans le prolongement des fusions administratives, et les acteurs qui s'ajoutent, comme les IS qui doivent apprendre les règles de ce système normatif qui est nouveau pour elles. Toutefois, cette apparence d'intangibilité dans l'activité peut fragiliser la légitimité des IS dans un contexte où, en accord avec les prémisses d'une logique de performance managériale, l'efficacité des activités cliniques doit pouvoir être observable et mesurable :

*On embarque dans des formes d'adaptation [...] pour que ce soit du tangible, alors que la nature et le fond du service social, c'est de l'intangible, mais ça te prend une quantification pour que le ministère ait des normes sur lesquelles se baser pour qualifier ce qui est bon ou ce qui est moins bon. (E1 IS3 CSSS A)*

Comme nous l'avons exposé précédemment, les IS qui avaient une plus longue expérience des pratiques en milieu hospitalier se considèrent comme des actrices légitimes et se disent perçues comme tel. En ce sens, l'apparente intangibilité de l'activité en travail social ne semble pas entacher cette légitimité. Les représentations des IS de leur activité professionnelle paraissent toutefois antinomiques avec la nécessaire quantification inhérente à la logique d'efficacité managériale parce que cette dernière est perçue comme étant exogènes à leur CSSS, qui est leur

organisation d'appartenance<sup>130</sup>, ce qui renforce son caractère illégitime. En ce sens, l'obligation de résultat à laquelle sont astreintes les IS constitue une forme de contrainte parce qu'elle émane d'une régulation de contrôle perçue comme étant externe à cette organisation d'appartenance et que, par conséquent, elle limite la capacité de ces intervenantes à jouer avec les règles :

*Moi, ça m'irrite. On dirait qu'on s'éloigne de la pratique quand on entend tous ces mots-là. Ils veulent tellement essayer de tout mettre dans des petites boîtes. C'est toujours à cause des ententes ministérielles. Ils veulent prouver des choses, mais, dans les faits, ça ne prouve pas nécessairement que monsieur X, son besoin est répondu [sic]. (E1 IS2 CSSS A)*

*C'est le discours qu'on nous donne. Il va falloir mettre des mesures en place. [...] Nous, en tant qu'intervenants, sur les ententes de gestion, on ne voit pas assez de clients ou on les voit trop souvent. Ça fait que moi, c'est un discours qui me dérange. C'est vrai qu'il faut cadrer notre pratique, mais, quand j'ai l'impression [...] que ça a été calculé dans des bureaux de je ne sais pas où et qu'on essaye d'uniformiser tout le monde dans une même façon de faire, ça me dérange. [...] C'est un projet provincial qui amène tout le monde vers [ça]. (E1 IS1 CSSS A)*

*On se le fait dire : au bout de la ligne, si on n'atteint pas nos cibles [...] l'année prochaine, on n'aura pas le budget, donc c'est sûr qu'on nous parle. Dans mon quotidien, dans mon travail, sincèrement, ce n'est pas une de mes préoccupations; ma préoccupation, c'est de gérer mes affaires, de répondre aux demandes des clients. (E1 IS5 CSSS B)*

Malgré sa virtualité toute relative dans le quotidien de l'activité des IS, la logique de performance managériale exerce un pouvoir normatif, qui, bien que diffus, n'en est pas moins très tangible. De surcroît, les règles découlant de la logique de performance managériale ne jouissent que d'une faible légitimité aux yeux des IS parce qu'elles sont considérées comme étant déconnectées des contingences de leur activité clinique en raison de l'incapacité des indicateurs volumétriques à rendre compte de l'ensemble de l'activité effectuée auprès d'un usager :

*Les statistiques, ça ne représente pas notre travail. C'est sûr qu'il faut coter juste le travail*

---

<sup>130</sup> Bien qu'en contexte d'intégration des services et de fusion organisationnelle, les hôpitaux, les limites de l'organisation à laquelle sont rattachées les IS dépassent celle de l'équipe PALV de leur CSSS, nous pouvons constater un décalage entre les frontières objectives de cette organisation et les frontières perçus par les IS.

*qu'on fait au client, mais, si je parle 15 minutes au téléphone et que je fais trois heures de paperasse pour cette personne-là, bien, ça ne représente pas mon travail parce que je vais avoir juste 15 minutes de statistiques. (E3 IS4 CSSS A)*

*Il y a comme une discordance entre les statistiques qu'on fait et notre pratique. Ça fait que j'en prends et que j'en laisse sur les cibles parce que, en fin de compte, les cibles se basent sur les statistiques, mais les statistiques ne sont pas réalistes, ce n'est pas réel. (E1 IS8 CSSS B)*

*Les statistiques, c'est quelque chose qui se dit quantifiable, mais, en même temps, je ne trouve pas ça correct parce que ça représente l'intensité du temps de travail que tu peux mettre dans telle ou telle situation. Notre travail, ce n'est pas quantifiable, c'est qualifiable; qualifiable, et, encore là, ça serait péjoratif. Notre travail, c'est le résultat, [...] c'est l'objectif qui est atteint. [...] Ça, c'est dur [à] quantifier parce que c'est relatif. Pour la direction, un objectif qui est atteint, c'est que tu as sorti huit patients; pour toi, ça va être que ton client était heureux, qu'il semblait s'adapter à la situation. (E1 IS3 CSSS A)*

Comme l'illustre ce dernier extrait, en contexte hospitalier, les indicateurs volumétriques paraissent d'autant plus étrangers et distants de la réalité de l'activité clinique qu'ils risquent de la disqualifier au profit d'un seul des résultats attendus de cette activité, à savoir l'obtention rapide du congé pour un patient hospitalisé. Ceci entraîne une césure entre le caractère intangible des résultats de l'intervention en travail social évoqué plus haut et le caractère très tangible et attendu de l'action en contexte hospitalier. Ainsi, sur le plan représentationnel, même si les IS n'excluent pas totalement toute forme de standardisation, le rapport qu'elles entretiennent avec la logique de performance managériale se traduit par une résistance importante de leur part. Bien que les IS ne rejettent pas totalement l'optimisation et la reddition de comptes, leur résistance exprime leur inquiétude à l'effet que la technologie sous-jacente à la logique de reddition de comptes s'avère incapable de capter la complexité clinique de leur activité ou que cette technologie puisse réduire leur marge d'autonomie.

Bien que, sur le plan représentationnel, ce rapport soit transversal aux représentations des IS des deux CSSS, l'effectivité des prescriptions qui en découlent apparaissent de manière quelque peu

différente dans ces deux contextes. En ce qui concerne le CSSS A, ces manifestations paraissent davantage discursives qu'effectives en raison du caractère peu explicite des règles et des moyens mis en œuvre par la direction de ce CSSS pour soutenir et contraindre l'adhésion des IS à ces mêmes règles:

*On sait qu'il va falloir que ça se fasse, mais on ne sait pas de façon concrète comment ça va se faire [...]. Comment ça va s'appliquer, on n'a pas de suivi par rapport à ça. Est-ce que ça va nous toucher grandement? Est-ce que ça va nous toucher un petit peu? Est-ce qu'il faut revoir nos façons de pratiquer? (E3 IS1 CSSS A)*

*Ils ont dit que c'est un objectif pour cette année. J'ai l'impression qu'on va en entendre parler. Mais, on n'a pas plus de pression que ça. (E3 IS2 CSSS A)*

Dans les faits, au moment où nous l'avons observée, la stratégie adoptée par les acteurs du CSSS A en réponse au monitoring du volume d'activités rattaché aux cibles de performance découlant de la reddition de comptes consistait davantage à rendre visible leur volume d'activités qu'à agir sur ce volume d'activités en modifiant les pratiques en vue d'en renforcer l'efficacité.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'information sur l'activité volumétrique des IS qui permet de déterminer l'atteinte des cibles fixées par le MSSS provient du *Système d'information sur la clientèle et les services* des CLSC (I-CLSC). C'est dans cette base de données que les IS doivent colliger leurs statistiques pour chacun des dossiers de leur charge de cas :

*On a eu une rencontre avec la personne qui s'occupe des archives, qui nous parlait beaucoup de statistiques [...]. Il disait : « Vos statistiques, ça ne paraît nulle part que vous montrez vos plans d'intervention aux clients. [Mes statistiques ne montrent que trois] plans d'intervention quand, en principe, il devrait y en avoir plein. Moi, je faisais déjà mes plans d'intervention --- je pense qu'il y a des gens qui ne le faisaient pas --- mais je ne l'inscrivais pas dans les statistiques que je montrais [ce plan] au client. Mes statistiques servaient à faire une stat [sic]. On nous a demandé d'avoir un processus dans nos statistiques qui va [donner une image plus juste] des interventions qu'on fait. Ça fait que j'essaye d'être un petit peu plus rigoureuse par rapport à ça. [...] C'est un gros changement. (E1 IS1 CSSS A)*

*Ça ne change rien [mais] ça prend un peu de notre temps. Je le fais juste parce qu'ils nous*



*disent que c'est important de le faire. Ça prouve un petit peu le travail qu'on fait. [...] Si on veut qu'il y ait plus de renfort, bien, faisons des statistiques. Moi, je les fais quand il faut que je les fasse, mais je [...] ne les fais vraiment pas avec du cœur, je les fais parce qu'il le faut. (E1 IS2 CSSS A)*

Comme en témoignent les extraits ci-dessous, ce n'est pas tant l'activité qui est mise en examen que les traces de cette activité. Étant donné la résistance manifestée par les IS face à la logique de performance managériale, le fait même de rendre cette activité visible en renforçant l'usage des outils standardisés permettant de la monitorer constitue un gain pour la direction du CSSS. Nous considérons que le renforcement de la visibilité des activités alimente un mouvement de standardisation qui va dans le sens souhaité par la régulation de contrôle en permettant à ce mouvement de standardisation de dépasser une forme strictement discursive.

Nous considérons que les activités de compilation des statistiques que nous avons observées chez les IS du CSSS A se présentent comme une forme de compromis négocié et constituent ainsi une forme de régulation conjointe par laquelle l'ensemble des acteurs de la ligne hiérarchique de l'organisation du CSSS A s'entend pour la constituer en une stratégie de réponse commune face à la logique de reddition de comptes ministérielle, une stratégie qui consiste davantage à montrer le volume d'activité réel qu'à optimiser ce même volume. En ce sens, dans le contexte du CSSS A, la logique de performance managériale qui découle de la reddition de comptes s'est traduite par une formalisation des procédures de compilation des statistiques par l'entremise de la plateforme informatique I-CLSC. Bien qu'il en ait résulté une forme de standardisation procédurale dans la compilation des statistiques, cette standardisation porte plus sur l'activité clinico-administrative accompagnant l'activité clinique que sur l'activité clinique elle-même.

En revanche, au CSSS B, nous avons observé que les pratiques de compilation des statistiques que les IS utilisent afin de répondre au monitoring du volume témoignent d'une plus grande effectivité de la régulation de contrôle. Tel qu'elle est traduite dans les statistiques produites par les IS, l'activité volumétrique de ces dernières semble faire l'objet d'un monitoring plus étroit qu'au CSSS A :

*Je sais qu'il y a une pression qui est subie, au mois de mars surtout, par rapport à [l'atteinte des cibles relatives à la reddition de comptes]. Mais, on a des rappels à l'année longue. Là-dessus, il y a plus de surveillance. [...] On a des critères clairs qu'il faut [respecter], par exemple une réévaluation annuelle par dossier. Normalement [...], aux six mois, il faudrait avoir fait au moins un contact téléphonique et une visite juste pour valider le SMAF. On reçoit à peu près au mois ou aux deux mois toutes les statistiques, les cibles en gestion de cas, qu'il faut atteindre pour le mois d'avril. [...] Les patrons, ce qu'ils font aux six mois environ, c'est qu'ils nous donnent une liste confidentielle des gens qu'on n'a pas vus qu'il faudrait voir et qu'ils mettent en highlight parce que la date est passée. On est surveillés au niveau du rendement. (E3 IS8 CSSS B)*

*Tout ce qui est priorisation de dossiers, la cote qu'on met, c'est rentré comme ça dans le système, donc, normalement, il ne faudrait pas dépasser ça pour que la cible soit atteinte. [...] On est surveillés par rapport aux délais d'attente. (E1 IS8 CSSS B)*

Comme on peut le constater, les ensembles de règles relatives à cette régulation de contrôle sont régulièrement rappelés aux IS par l'entremise des cibles volumétriques, dont le degré d'atteinte est mesuré et soumis à un monitoring individuel étroit par la direction du CSSS. Mais, en dépit de son effectivité, ce monitoring conserve une part importante d'intangibilité qui se manifeste de deux façons. Tout d'abord, nous avons constaté que la nature exacte de la surveillance qui s'exerce sur l'activité des IS leur est en partie inconnue. En effet, les IS ne savent pas dans quelle mesure leurs activités, telles qu'elles apparaissent dans les plateformes informatiques, sont suivies de près et soumises à la loupe d'observateurs externes. Nous avançons l'idée que cette surveillance de l'activité des IS se présente comme une forme de panoptisme, au sens où l'entend Foucault, parce qu'elle permet de « voir sans être vu » (Deleuze, 2004, p. 41), mais elle va plus loin car elle a pour effet d'« imposer une conduite » (Ibidem) aux acteurs. Ainsi, l'effectivité du

monitorage de l'activité demeure nébuleuse puisque le rappel des règles suffit dans une certaine mesure à assurer leur performativité.

Ensuite, l'intangibilité de ce monitorage se manifeste également dans les règles de compilation des statistiques que les IS doivent respecter pour codifier leur activité clinique dans le Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) à partir d'une nomenclature standardisée.<sup>131</sup> Du point de vue des IS, les standards terminologiques rattachés à ce cadre normatif sont réputés pour leur incapacité à rendre compte leur activité telle qu'elle se fait. Par conséquent, ces standards terminologiques sont régulièrement soumis à interprétation alors que la compilation des statistiques se présente comme la clé de voûte de cette logique de reddition de comptes :

*À un moment donné, je trouve qu'on se perd, j'en suis rendue à me dire que je vais coter comme je le pense. On n'a pas de suivi individuel par rapport à nos propres statistiques. Je ne le sais pas, mais peut-être que [ma collègue] a l'air de travailler vraiment plus fort que moi, ou peut-être que je [compile des activités dans mes statistiques] que je ne devrais pas [compiler] et que j'ai l'air de travailler [plus]. (E1 IS5 CSSS B)*

*Vite, il faut produire [...]. Ça met énormément de pression. C'est aussi un effet de comparatif parce qu'on ne les a pas, nos résultats, on ne nous les transmet pas individuellement. [...] Ça fait que ça reste nébuleux, ça fait qu'on ne sait jamais si on est correct ou si on n'est pas correct. [...] Au niveau rendement [quotidien], combien de personnes on devrait rencontrer, il n'y a rien qui est clair. [...] Je ne sais pas combien l'intervenant qui est à côté de moi fait de statistiques, et moi, je ne sais pas combien j'en fais moi non plus. (E3 IS7 CSSS B)*

Le manque de clarté dans les règles entourant la comptabilisation des statistiques semble laisser place à des variations d'une IS à l'autre dans la manière de compiler leurs données et ces variations peuvent produire des effets néfastes dans l'activité des IS en provoquant chez elles une forme de désolidarisation du collectif. En effet, même si cette régulation de contrôle produit une

---

<sup>131</sup> Cette information est colligée dans le document intitulé *Cadre normatif du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) (MSSS, 2009)*.

puissante injonction de performance, cette dernière ne s'accompagne pas de règles de rédaction explicites, ce qui rend les IS vulnérables à un contrôle aveugle et laisse planer une impression d'iniquité en raison des jeux possibles avec les règles de compilation :

*J'ai l'air de ne pas assez travailler parce que l'autre génère plus de statistiques, mais peut-être que je travaille trop pour rien parce que je ne génère pas assez de statistiques. [...] Il y a peut-être un intervenant qui state [sic] beaucoup et qui a l'air à avoir un méga gros rendement, mais est-ce que ses statistiques, c'est vraiment de vraies statistiques? (E1 IS7 CSSS B)*

Ainsi, plutôt que de prendre la forme d'une activité procéduro-administrative hautement standardisée, la codification et la compilation des données dans l'outil standardisé I-CLSC deviennent l'objet d'une interprétation individuelle et clandestine des règles de comptabilisation des statistiques. L'absence ou le manque de clarté des règles rend difficile la collectivisation de cet espace de jeu. Ainsi, bien que ce jeu autonome avec les règles soit une manifestation de l'autonomie des IS et que, à ce titre, il puisse être considéré comme une forme de régulation autonome, il n'en demeure pas moins que, dans le contexte particulier propre à la logique de performance managériale, ce jeu pourrait avoir pour effet d'affaiblir la capacité des IS à imposer leur interprétation collective des règles de rédaction et de compilation des statistiques. En effet, le jeu avec ces règles tend à se déployer davantage dans l'espace privé que dans un espace collectif de négociation. En outre, cette forme de déviance individuelle peut être exacerbée quand chacune des IS devient imputable de l'atteinte des cibles de performance telles qu'elles ont été fixées. Or, relativement à l'atteinte de ces cibles, le discours managérial tel qu'il est perçu par les IS semble faire appel davantage à l'imputabilité collective qu'à l'imputabilité individuelle :

*Dans l'équipe en général, on atteignait notre cible. [...] C'est sûr que, individuellement, il faut faire toute notre charge de travail du mieux qu'on peut, mais je pense qu'ils ne taperont pas sur le clou si tu n'es vraiment pas capable. En autant que la cible de l'équipe est atteinte. [...] C'est sûr que c'est un discours plus d'équipe. [...] C'est une responsabilité qui est partagée: « On comprend que vous avez des contraintes, et on comprend que, vous autres aussi, vous aimeriez ça avoir plus de monde, donc voici les*

*statistiques.» On va quand même travailler ensemble à alléger certaines [activités procéduro-administratives comme la rédaction de notes évolutives]. (E3 IS6 CSSS B)*

Comme on peut le constater dans les activités de compilation des statistiques observées chez les IS du CSSS B, la forme du compromis négocié entre la direction du CSSS et les IS porte, comme c'était le cas au CSSS A, sur la visibilisation de l'activité clinique réalisée en renforçant l'usage des outils standardisés permettant de la monitorer. Toutefois, cet objet paraît secondaire par rapport à l'objectif consistant à renforcer l'efficacité de l'activité. Bien que les IS ne rejettent pas le bien-fondé d'un mouvement de standardisation visant à renforcer l'efficacité de leur activité clinique, nous pouvons affirmer en conclusion qu'elles entretiennent un rapport méfiant avec la logique de performance managériale. Selon les contextes d'usage, la logique de performance managériale peut soit être vue soit comme une source de contrainte, en raison des effets délétères qu'elle peut avoir, soit être considérée une source d'habilitation, dans la mesure où un compromis peut coaliser les acteurs autour d'un projet capable d'allier la nécessaire quantification de l'activité et une logique d'imputabilité collective qui n'entrave pas l'efficacité de l'activité clinique.

## 5.0 CONCLUSION

Ce chapitre conclusif comporte cinq parties. Dans les trois premières, nous apporterons des réponses générales aux questions de recherche concluant l'exposé de notre problématique. Dans la quatrième partie, nous présenterons les forces et les limites de notre étude et nous ferons état de certaines pistes de recherche future s'inscrivant dans le prolongement de cette thèse. Enfin, dans la cinquième et dernière partie, nous proposerons une brève conclusion générale.

Notre objectif général consistait à comprendre les rapports des travailleurs sociaux aux différentes dimensions de la standardisation de leur pratique professionnelle en contexte de RSIPA. Plus précisément, il s'agissait pour nous d'appréhender de quelle manière les IS s'approprient les outils standardisés et les utilisent. Nous voulions également comprendre dans quelle mesure ces outils peuvent contraindre ou soutenir l'activité des IS dans leurs contextes de pratique. Au fur et à mesure que nous avançons dans l'analyse de nos données, notre vision de la standardisation a considérablement évolué. Ainsi, notre analyse de l'usage des outils standardisés, que nous avons conceptualisée au départ dans une perspective qui se voulait plus déterministe, est devenue de plus en plus intrinsèquement liée aux contextes de pratique des IS. Certes, ces contextes sont d'abord organisationnels, mais ils sont également cliniques et se situent au cœur de l'activité des IS. Par conséquent, il devenait moins pertinent de traiter certains de nos objectifs isolément des autres objectifs de notre thèse. Ceci était particulièrement le cas de notre deuxième objectif, qui consistait à dégager les éléments de contexte et les caractéristiques perçues des outils standardisés qui influent sur leur appropriation par les travailleurs sociaux. Pour cette raison, nous ne reviendrons pas sur cet objectif puisque, dans notre analyse, les outils sont constamment liés aux contextes dans lesquels ils sont utilisés.

## **5.1 Les formes de standardisation émergentes en contexte de RSIPA**

Le premier objectif que nous nous étions fixé consistait à décrire les formes de standardisation émergentes en contexte de RSIPA. Le portrait que nous avons fait présente les constats établis dans les deux CSSS à l'étude. Comme ces deux cas se distinguent par leur niveau de mise en œuvre des RSIPA, nous n'avons pas limité notre examen aux seules formes de standardisation directement associées aux RSIPA, mais nous l'avons étendu de façon à prendre en considération l'ensemble des formes de standardisation présentes dans les programmes Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) des deux CSSS à l'étude. Toutefois, en contexte d'intégration de services, l'activité des IS doit souvent déployer au-delà des murs du CSSS parce que ces intervenantes sont appelées à se coordonner avec des acteurs pouvant faire partie d'autres organisations afin d'être en mesure de répondre aux besoins des usagers. Les fusions organisationnelles de 2005 ont modifié notablement les frontières traditionnelles entre les organisations. Cependant, en dépit de ces fusions, nous avons pu voir que les IS ne se considèrent pas nécessairement comme étant parties prenantes de ces nouvelles entités organisationnelles élargies. Chez les IS du CSSS A, ce point de vue est plus particulièrement présent par rapport aux acteurs de l'hôpital. Le regard analytique que nous avons porté sur les CSSS s'est construit à partir des points de vue qui ont été exprimés par les IS. C'est donc à partir de cette perspective que nous avons défini ce qui fait partie de l'intérieur ou de l'extérieur de leur organisation, et ce, même si ces points de vue peuvent porter des représentations incomplètes relativement aux fusions organisationnelles et aux RSIPA.

Lorsque nous avons élaboré notre problématique, nous avons pour prémisse que la pratique professionnelle des IS serait soumise à certaines formes de standardisation. En nous appuyant sur

Timmermans et Epstein, nous avons défini la standardisation comme un « *[p]rocess of constructing uniformities across time and space through the generation of agree-upon rules* » (2010. p. 71), ce que nous pouvons traduire librement par un : processus d'uniformisation qui se construit dans le temps et l'espace à partir de règles collectivement consenties. Cette définition s'applique parfaitement à certains mouvements de standardisation pour lesquels tous les acteurs impliqués décident collectivement de se doter de règles communes, comme c'est le cas avec les normes ISO encadrant la production et la distribution de produits manufacturiers. Toutefois, nous avons apporté certains amendements à cette définition dans le but de l'adapter à notre objet d'étude puisque le caractère consensuel et volontaire de la standardisation ne s'appliquait que partiellement dans une organisation comme un CSSS, où une part importante des règles en jeu dans l'activité des acteurs ne sont pas produites par les IS elles-mêmes. En effet, certaines de ces règles peuvent être amenées par des acteurs décisionnels du PALV ou du CSSS ou par d'autres groupes d'acteurs externes tels que le MSSS.

De plus, peu importe la source de production de ces règles, notre intérêt porte plutôt sur leurs représentations et leurs usages dans l'activité des IS. De plus, nous estimons que les règles associées à toute forme de standardisation ne peuvent jamais exercer une contrainte sur les IS sans que ces dernières ne puissent faire jouer une part d'autonomie, comme, par analogie, c'est le cas avec un train sur les rails d'un chemin de fer. La marge de liberté dont disposent les IS apparaît d'autant plus grande que les situations dans lesquelles agissent ces règles sont complexes et que les IS doivent constamment les interpréter en s'appuyant sur leur jugement professionnel en vue de les adapter aux situations singulières qu'elles rencontrent dans leurs activités.



Bien que nous soyons toujours en accord avec ces prémisses, il nous apparaît nécessaire d'en clarifier certains aspects demeurés jusqu'à maintenant partiellement implicites. La définition donnée par Timmermans et Epstein explique que la standardisation est un processus, ce qui s'accorde avec la notion de mouvement de standardisation que nous avons élaborée pour caractériser les orientations générales qui animent les changements introduits dans les CSSS. En ce sens, nous concevons la standardisation à la fois comme un résultat et un processus. Nous la voyons tout d'abord comme un résultat en raison de sa capacité à modifier, ou du moins à influencer sur la régulation de l'activité des IS en lui donnant une orientation particulière, orientation qui ne serait pas envisageable sans la présence de certaines règles. Ce résultat peut se présenter de manière variable de sorte que la marge de liberté détenue par les IS n'est jamais ni totalement entière, ni totalement absente. Nous concevons également la standardisation comme un processus, processus qui n'est cependant jamais complètement abouti. En effet, lorsque certaines règles paraissent à la fois légitimes et efficaces à un collectif d'acteurs comme celui des IS, les membres de ce collectif y adhèrent et les intègrent dans l'accomplissement de leurs activités. Toutefois, même lorsque cette adhésion est présente, ces règles ne sont jamais totalement instituées puisqu'elles demeurent constamment soumises à des ajustements, ce qui préserve leur capacité régulatrice.

Nos observations empiriques montrent que le rapport des IS aux outils standardisés comporte deux valences distinctes et opposées. D'un côté, la valence positive peut se manifester quand les outils standardisés alimentent la réflexion des IS dans une situation clinique singulière en soutenant l'exercice de leur jugement professionnel et en préservant le locus de leur décision concernant les actions à mener. Ainsi, les catégories conceptuelles constitutives de l'OEMC et particulièrement du SMAF peuvent être mobilisées pour penser l'action clinique. Toutefois, cette

valence ne s'exprime pas *ipso facto* dès l'implantation de ces outils standardisés, mais se renforce progressivement si le contexte organisationnel en favorise l'appropriation. De manière générale, nous avons montré que les IS ne manifestent pas une résistance particulièrement forte face aux formes de standardisation procédurales, conceptuelles et terminologiques qui accompagnent le modèle d'intégration de services implanté dans les deux CSSS à l'étude parce que ces formes de standardisation laissent une marge d'autonomie suffisante pour adapter les règles afin de répondre aux contingences cliniques propres aux situations singulières avec lesquelles elles doivent composer dans leur pratique.

De l'autre côté, la valence négative du rapport des IS aux outils standardisés se manifeste lorsque leur usage de ces outils s'accompagne d'une trop forte standardisation procédurale de leur activité, ce qui a comme conséquence d'externaliser le locus de leur décision quant aux actions cliniques à réaliser.

Nous avons vu que la nécessité pour les IS de coordonner et d'arrimer leur activité aux contraintes normatives qui sont imposées par l'hôpital a eu un effet significatif sur le déploiement spatiotemporel et l'ordonnement de cette activité. Partant d'un contexte empirique très différent, celui de travailleurs en contexte d'automatisation industrielle, de Terssac émet un constat similaire au nôtre en montrant le rôle prépondérant joué par le facteur temps dans la production de biens et de services :

*Quel que soit le mode d'organisation emprunté, le temps s'interpose comme un principe d'organisation sous les formes d'économie de temps : c'est le temps qui régit la combinaison entre les formes d'usage des moyens de travail et les modalités d'insertion des personnes dans le procès de travail. L'économie de temps constitue l'enjeu principal de toute rationalisation du processus de production; de ce point de vue il ordonne les relations entre les outils, les hommes et les produits. (1992, p. 47)*

Il serait excessif d'affirmer que la régulation de contrôle, qui prend forme par l'intermédiaire de la capacité d'agir sur l'ordonnancement et la temporalité de l'activité des IS, évacue complètement la capacité régulatrice des autres formes de régulation de contrôle. Nous constatons cependant que le mouvement de standardisation procédurale qui accompagne la mise en œuvre des RSIPA semble avoir été nettement affaibli par un autre mouvement de standardisation procédurale, celui qui résulte de l'effet conjugué des déterminants structureaux. Ainsi, les effets de ce second mouvement de standardisation sur le déploiement temporel et l'ordonnancement de l'activité des IS engendrent des distorsions importantes dans le premier et entache sa capacité régulatrice. En ce sens, il n'est pas excessif d'affirmer que, dans les contextes que nous avons observés, le mouvement des régulations de contrôle de nature managériale a considérablement diminué la capacité régulatrice des régulations de contrôle de nature clinique. Notre propos ici ne vise pas à disqualifier complètement les effets d'une forme de régulation au détriment d'une autre. Cependant à la lumière de nos résultats, l'arrimage entre ces deux formes de régulation de contrôle afin de soutenir une pratique clinique efficiente qui favoriserait l'adhésion des IS soulèvent des enjeux importants.

## **5.2 La participation des travailleurs sociaux au processus de régulation des pratiques professionnelles**

Cette deuxième partie de notre conclusion nous permettra de répondre à notre quatrième objectif de recherche, qui consistait à élucider la participation des travailleurs sociaux au processus de régulation des pratiques professionnelles. Comme nous l'avons relevé quand nous développons notre problématique, les écrits portant sur la standardisation des pratiques en travail social se cantonnent souvent dans des postures axiologiques qui traduisent soit un rejet systématique de la

standardisation, soit une adhésion forte à cette même standardisation. Or, la réalité empirique que nous avons observée laisse nous présente un rapport beaucoup plus nuancé et complexe.

Nous avons vu que, dans l'activité des IS, la régulation prend forme sous des configurations multiples, voire parfois inattendues. Nous avons repéré ces formes de régulation tout au long de l'exposition de nos résultats. Dans les pages suivantes, nous les rappellerons au lecteur, ce qui nous permettra par la suite de conclure sur quelques constats généraux. Par ailleurs, l'analyse de nos données empiriques à la lumière de la théorie de la régulation sociale (TRS) nous conduit à revisiter certaines notions clés de cette théorie. Cette démarche s'avère nécessaire pour nous permettre, d'une part, d'adapter la TRS au contexte spécifique de notre étude et, d'autre part, de donner sens à nos données afin d'en tirer des constats heuristiques pertinents. Pour ces raisons, nous entamerons notre réflexion en présentant des considérations plus générales sur la TRS. En procédant ainsi, nous espérons apporter une contribution, quoique modeste, à la théorie de la régulation sociale.

Les diverses formes de régulation de contrôle autonomes et conjointes que nous avons mises à jour se modulent en fonction des contextes organisationnels propres à chacun des deux CSSS où nous avons fait nos observations. Or, ces contextes sont à la fois historiques et évolutifs. Ils sont historiques parce qu'ils s'insèrent dans des organisations ayant une histoire qui leur est propre et une certaine pesanteur institutionnelle, et évolutifs, du fait que ces formes de régulations se transforment en permanence selon une certaine cohérence d'ensemble. De là découle la notion de mouvement de régulation que nous avons mise de l'avant pour, par exemple, présenter les formes de standardisation associées aux composantes d'un modèle d'intégration des services.

En outre, et il s'agit d'un des points forts de la théorie de la régulation sociale, les formes de régulation peuvent être considérées comme étant multiples au sein d'un même CSSS. En effet, plusieurs formes de régulation de contrôle peuvent y coexister selon des configurations diverses, soit en se juxtaposant et en portant sur des objets distincts ou en se superposant de manière hiérarchique, soit aussi en entrant en concurrence les unes avec les autres en prescrivant des règles qui s'arriment mal les unes aux autres et qui ne présentent pas une cohérence d'ensemble. C'est ce que nous avons pu observer au CSSS A, où nous avons montré qu'une appropriation partielle des diverses composantes du modèle d'intégration des services pouvait introduire des incongruences dans les usages qui détournent ces composantes de leur finalité.

Les distinctions apportées par Reynaud entre les diverses formes de régulation se fondent sur une conception des organisations dans laquelle les frontières entre ce qui est « en bas », à savoir les opérateurs, et ce qui est « en haut », c'est-à-dire les gestionnaires, paraissent relativement claires, de sorte que la régulation de contrôle et la régulation autonome s'insèrent à chaque extrémité de la ligne hiérarchique d'une organisation<sup>132</sup>, la première cherchant à accroître sa capacité contrôlante, la seconde revendiquant son autonomie. Or, les CSSS ne correspondent pas à des organisations industrielles, mais plutôt à des bureaucraties professionnelles dans lesquelles la distribution des pouvoirs présente un caractère plus complexe. Certes, dans un CSSS, il y a bien un sommet hiérarchique, incarné par la direction de cette organisation, et une base d'opérateurs, mais celle-ci n'est pas constituée d'ouvriers, comme c'est le cas dans plusieurs études empiriques qui sont à l'origine de la TRS, mais bien par divers groupes de professionnels, dont celui des IS.

---

<sup>132</sup> Reynaud a montré la pertinence de cette répartition en insistant toutefois sur le fait qu'elles ne sont pas mutuellement exclusives. Par ailleurs, il ne s'intéresse pas aux organisations en tant qu'entités dotées d'une structure particulière mais plutôt aux rapports entre les divers acteurs d'une organisation à partir de l'analyse des négociations collectives et des conflits dans les relations de travail. Mais cette capacité de négocier est particulière dans le contexte des CSSS.

L'activité de ces professionnels nécessite une autonomie dans l'application des règles. Sur ce plan, l'on convient que l'étendue de l'autonomie professionnelle dont jouissent les IS s'étend au-delà de celle qui est accordée à un agent de bureau, au sens où l'entend Lipsky (1980), car, pour ces intervenantes, il ne s'agit pas seulement de prendre des décisions visant à pallier l'incomplétude des règles administratives, elles doivent aussi appliquer des règles générales dans leur prise de décision clinique afin de les adapter à la situation singulière de chaque usager. Cette autonomie professionnelle est à la fois reconnue et attendue par le CSSS, quoique celui-ci en balise la portée. L'interprétation quasi permanente de règles générales, explicitement conçues pour être interprétées, colore nécessairement le rapport entretenu par les IS avec la régulation de contrôle. Point à souligner, les CSSS sont dotés d'un palier hiérarchique intermédiaire. Ce dernier, dans notre contexte, comprend les mécanismes d'allocation de services et de places d'hébergement (MAH-MAS) et les agentes de coordination professionnelle (ACP). Ce palier représente lui-même une importante source de régulation de contrôle tout en étant partie prenante de certaines formes de régulation conjointe.

#### *Les formes prégnantes de régulation de contrôle à l'intérieur du CSSS*

Partant de ces fondements propres à une organisation professionnelle, nos observations empiriques nous ont permis de constater que les IS acquiescent globalement aux règles édictées par leur organisation, il y a donc une *adhésion de principe à la régulation de contrôle* émanant de l'organisation. De prime abord, ceci semble entrer en contradiction avec le principe d'autonomie qui est revendiquée par les IS. Or, cette adhésion découle de la nature même des règles encadrant l'activité des IS. Puisque ces règles sont générales et qu'elles doivent sans cesse être interprétées à la lumière du jugement professionnel en jeu dans chacune des situations cliniques singulières, l'activité routinière des IS vise moins à contourner les règles émanant de la régulation de contrôle

qu'à adapter ces mêmes règles et à les ajuster dans les limites prévues dans l'espace de jeu autorisé par ces règles. Ainsi, dans l'activité des IS, ces règles se présentent à la fois comme contrainte et comme vecteur d'habilitation.

Par ailleurs, la résistance des IS ne s'exprime pas tant face à la régulation de contrôle elle-même qu'envers l'effet en contexte des règles portées par cette régulation de contrôle sur leur marge d'autonomie. Comme nous l'avons mentionné précédemment quand nous traitons de l'effet des déterminants structureaux, les IS doivent constamment composer avec des ressources insuffisantes et des contraintes temporelles qui pèsent sur la réalisation de leurs activités. Il en résulte que même si, en principe, la régulation de contrôle permet un espace de jeu important, l'effet résultant de ces déterminants structureaux fait en sorte que l'espace de jeu possible dans l'activité des IS peut s'amenuiser considérablement.

En outre, certaines règles en rapport avec la régulation de contrôle peuvent dans une large mesure demeurer virtuelles du fait qu'elles sont inconnues des IS ou parce qu'elles ne sont pas appliquées, et ce, avec l'aval plus ou moins tacite des acteurs de la direction des CSSS. En effet, comme nous l'avons montré, dans maintes situations, la déviance à la régulation de contrôle peut être plus ou moins explicitement tolérée par la direction des CSSS, même si cette instance est censée édicter ces règles ou assurer l'application de règles édictées par des acteurs externes à l'organisation. Dans ces situations, la régulation de l'activité adopte un mode autonome, qui conduit peu à peu à la formation de compromis locaux, ce qui explique en partie les importantes différences observées d'un contexte à l'autre.

Cette tolérance manifestée par la direction des CSSS en réponse à une certaine part de déviance des IS dans l'application des règles issues des régulations de contrôle peut être associée à une lecture pragmatique de la situation, qui inscrit les priorités d'action à l'aune du principe d'efficente perçue. En effet, dans ces situations de déviance tolérée, nous avons montré qu'il n'y avait pas de « sanctions institutionnelles » (Reynaud, 1989, p. 37), ce qui va de soi, et qu'il n'y avait pas non plus de « sanctions spontanées » (Idem) de la part du collectif des IS car, dans une large mesure, la dérogation à la régulation de contrôle fait sens pour tous du fait qu'elle est considérée comme une action efficiente dans le contexte de l'activité.

Nous avons également repéré un certain nombre de situations dans lesquelles les IS vont au-delà du respect des règles promues par les régulations de contrôle en souhaitant l'ajout de nouvelles règles ou la mise en place de nouvelles mesures favorisant une plus grande adhésion des acteurs aux règles existantes. Dans ce contexte, le rapport des IS à la régulation de contrôle prend la forme d'un *appel à un renforcement de la régulation de contrôle*.

Selon un premier cas de figure, l'appel à un renforcement de la régulation de contrôle correspond à une stratégie permettant aux IS de contraindre la marge d'autonomie des autres acteurs tout en renforçant leur propre marge. Par exemple, nous avons montré que la standardisation des règles de fonctionnement des mécanismes d'accès à l'hébergement (MAH) et des mécanismes d'accès à des services (MAS) a amené les IS à modifier les stratégies de rédaction qu'elles peuvent mettre en œuvre afin de défendre leur point de vue quand elles soumettent des demandes à ces instances décisionnelles. La standardisation des règles de fonctionnement a eu pour effet de circonscrire la négociation dans un espace de jeu où toutes les IS doivent mobiliser les mêmes règles, ce qui limite les dérogations qui pourraient résulter d'une négociation qui s'appuierait sur le manque de



clarté des règles ou sur les compétences relationnelles d'une IS, voire sur une combinaison des deux. Ainsi, dans ce type de situation, le renforcement de la régulation de contrôle consolide le pouvoir de certains acteurs au détriment des autres acteurs en gardant l'espace de jeu des premiers le plus ouvert possible tout en réduisant l'espace de jeu des seconds.

Cette idée n'est pas nouvelle en soi, et, du reste, on peut la retrouver dans nombre d'écrits qui s'inscrivent dans la mouvance de l'analyse stratégique. Cependant, cet appel à un renforcement de la régulation de contrôle illustre une dimension particulière du rapport des IS à la standardisation. En effet, au lieu de présenter la standardisation comme une entrave unilatérale à l'autonomie des IS, le renforcement de la régulation de contrôle est plutôt vu comme un moyen de renforcer l'autonomie des IS. Dans un tel contexte, le mot autonomie, dont la signification étymologique est *agir selon ses propres règles*, trouve tout son sens et la quête d'autonomie des uns peut se jouer aux dépens de l'autonomie des autres. Toutefois, cette capacité d'action autonome est liée au niveau d'appropriation et de maîtrise de ces règles par les IS. En ce sens, nous avons montré que les stratégies mises en œuvre par les IS des deux CSSS se démarquaient l'une de l'autre quant au niveau de maîtrise des règles en lien avec l'usage des outils standardisés rattachés au modèle d'intégration de services, ce niveau de maîtrise étant plus grand chez les IS du CSSS B que parmi les IS du CSSS A.

En ce qui a trait au rapport des IS à la régulation de contrôle, nous avons relevé un deuxième cas de figure. Ce dernier se manifeste dans certaines situations cliniques présentant un degré de complexité élevé. En raison de cette complexité, ces situations peuvent nécessiter des interventions qui se révèlent impossibles à mettre en œuvre en respectant les limites de l'espace de jeu autorisé par les règles issues des régulations de contrôle. En outre, le caractère complexe et

singulier de ces situations cliniques peut soulever des enjeux éthiques ou légaux qui sont susceptibles de se traduire en sanctions sous forme de plaintes ou de poursuites légales contre les IS ou le CSSS. Dans ces conditions, les IS, au lieu de décider de manière autonome de déroger aux règles existantes, vont préférer s'appuyer sur la régulation de contrôle. Ce type de régulation peut prendre une forme *ad hoc* par le biais d'une rencontre avec une agente de coordination professionnelle, rencontre au terme de laquelle une décision sera prise concernant les actions à entreprendre. Le cas échéant, les IS s'attendent à ce que leur supérieur hiérarchique leur expose clairement et explicitement ce qu'il est possible de faire dans les limites de l'espace de jeu permis par les règles existantes ou qu'ils entérinent une dérogation (circonstancielle) à ces règles. Dans ce contexte, les règles se trouvent à protéger et à encadrer la déviance des IS car elle évite à ces dernières le fardeau d'avoir à porter sur leurs seules épaules les conséquences éventuelles d'une dérogation à la régulation de contrôle.

Cette régulation de contrôle peut également prendre une forme plus durable lorsqu'elle résulte de négociations collectives qui conduiront à réaménager les limites de l'espace de jeu autorisé par les règles en vigueur. Dans les situations cliniques complexes, il est possible de faire appel à la régulation de contrôle pour donner sens à ces situations cliniques singulières. La règle peut alors être considérée comme une ressource cognitive pour les IS.

Finalement, le rapport qu'entretiennent les IS à la standardisation peut prendre la forme d'une *résistance manifeste à la régulation de contrôle*. Dans certains contextes, les règles elles-mêmes peuvent souffrir d'un déficit de légitimité alors que dans d'autres, c'est plutôt leur usage qui souffre d'un déficit d'efficacité. Écrit autrement, dans le premier cas, les règles constituent une menace alors qu'elles s'avèrent non pertinentes dans le second cas. Nous pouvons illustrer le

premier scénario, soit le déficit de légitimité, en rappelant la résistance dont ont fait preuve les IS face au respect des règles de compilation des statistiques (section 5.4.5) et le deuxième cas, à savoir le déficit d'efficacité, en évoquant les stratégies de contournement auxquelles ont eu recours les IS lors de la mise en œuvre de la plateforme RSIPA.

### *Les formes de régulation de contrôle externes au CSSS*

Tout comme nous avons montré la nécessité de réaménager la conception reynaudienne du « haut » et du « bas » dans la ligne hiérarchique d'une organisation, le contexte organisationnel auquel nous nous sommes intéressé nous a conduit à remettre en cause les frontières entre ce qui appartient au dedans de l'organisation et ce qui relève du dehors. Les multiples sources de régulation de contrôle que nous avons évoquées précédemment ont en commun de faire partie du dedans de l'organisation. Néanmoins, comme le laissent voir nos observations empiriques, certaines organisations ou certains collectifs d'acteurs externes au CSSS peuvent se constituer en source de régulation de contrôle et jouer un rôle déterminant dans le CSSS parce qu'ils sont en mesure de peser de l'extérieur sur la régulation de l'activité des IS au sein de cet établissement.

La figure III schématise l'ensemble de ces sources de régulation de contrôle externes au CSSS tout en montrant leur dynamique d'ensemble. Nous considérons que la logique de reddition de comptes, qui s'applique à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, ou le rôle joué par des instances de certification comme Agrément Canada, bousculent la portée des sources traditionnelles de régulation et modifient les rapports de force entre les acteurs au sein des CSSS. En effet, nous avons vu que les prescriptions émanant de ces sources de régulation peuvent avoir un effet sur l'ensemble des acteurs de la ligne hiérarchique des CSSS. Comme nous l'illustrons dans cette figure, la capacité de certaines organisations, notamment l'hôpital, à agir comme une

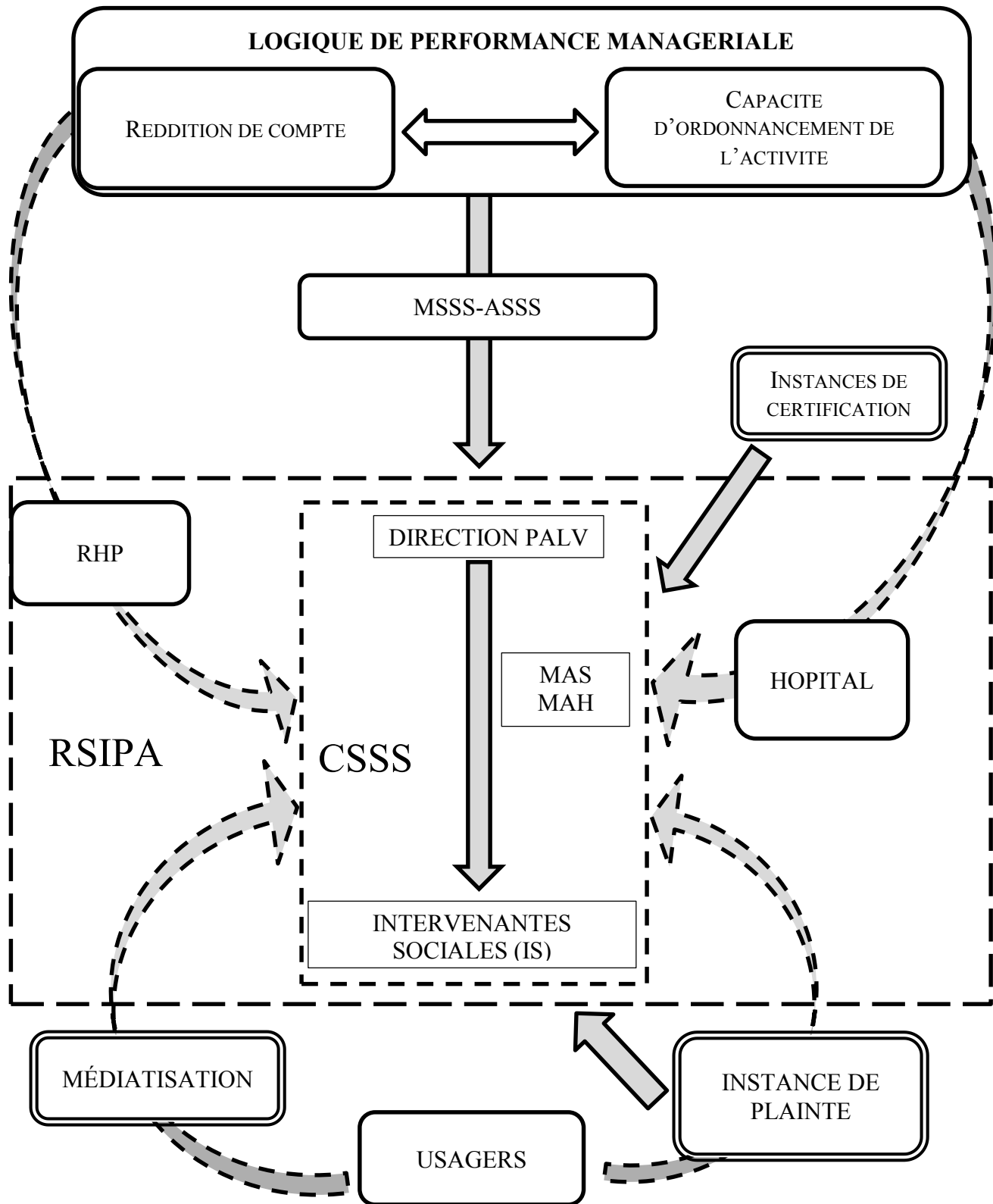
régulation de contrôle est renforcée par le fait que l'hôpital constitue une instance qui est à la fois productrice de règles qui lui sont propres et médiatrice d'autres formes de régulation de contrôle qui lui sont externes, pensons ici à la reddition de comptes associée à la logique de performance managériale. En ce sens, nous considérons que certaines formes de régulation de contrôle se manifestent comme des formes de régulation de contrôle *directe* alors que d'autres formes apparaissent comme des formes de régulation de contrôle *indirecte*.

Les IS occupent une position d'interface (Freynet, 1995) entre l'État, prestataire de services ou mandataire de services prestés par d'autres acteurs, et les usagers, à qui ces services sont destinés. En ce sens, les exigences des usagers modifient les formes traditionnelles de régulation. En effet, dans certains contextes, les usagers et leurs proches ou les organisations assurant la défense de leurs droits peuvent se constituer en véritable source de régulation de contrôle. En outre, cette dernière est renforcée par l'émergence de modèles managériaux inspirés de la NGP qui ont eu pour effet de substituer à la figure d'un usager, celle d'un client à qui l'organisation est imputable d'offrir des services efficaces, efficients et de qualité. Ces usagers devenus clients se présentent comme des acteurs à qui l'organisation doit rendre des comptes dans le cadre d'une relation de services. Dans une certaine mesure, la capacité des usagers et de leurs proches à agir comme le ferait une régulation de contrôle est également renforcée par le fait que leurs revendications (et les règles qu'elles portent) peuvent être relayées par des instances de plainte et des médias publics. En d'autres termes, la régulation de contrôle, bien qu'indirecte que l'on peut associer aux usagers et à leurs proches possède une capacité coercitive renforcée parce qu'est portée par des instances de visualisation de l'activité des IS.

Ces formes de régulation de contrôle peuvent faire ployer non seulement l'autonomie professionnelle des IS dans leur activité, mais aussi d'entrer en concurrence avec d'autres sources de régulation de contrôle, comme celle provenant de la direction du CSSS. Nous avons vu que, dans certaines circonstances, par exemple quand il y a une menace de plainte dans l'air ou lorsque le CSSS est mis en examen par une instance de certification comme Agrément Canada, la direction du CSSS et les IS pouvaient conjointement jouer avec les directives existantes, voire détourner ces directives. D'une certaine manière, on assiste ici à une sorte de repli de la régulation de contrôle vers un mode de régulation autonome afin de répondre à une régulation de contrôle externe au CSSS. En outre, la capacité régulatrice de ces régulations de contrôle externes à l'organisation se trouve renforcée par l'entremise d'instances de visualisation. Nous montrerons plus loin que des plateformes informatiques telles que le RSIPA et l'I-CLSC peuvent aussi se comporter comme des instances de visualisation et nous examinerons les effets qui peuvent en résulter sur le mouvement de standardisation en jeu dans notre contexte d'étude.

Ainsi, tous les acteurs de la chaîne, à partir de l'IS jusqu'au MSSS en passant par les ASSS et le CSSS, composent avec les régulations de contrôle pour répondre aux contraintes qui s'exercent sur eux. Ceci produit un processus réflexif de régulation marqué par le jeu des uns et des autres, par des micro-déviances, ainsi que par des arrangements locaux raisonnables et des avancées certaines dans la capacité contrôlante de certaines règles.

FIGURE III : SOURCES DE RÉGULATION DE CONTRÔLE EXTERNES AUX CSSS



Régulation de contrôle directe → Régulation de contrôle indirecte - - - Instance de visualisation ≡

### *Les formes prégnantes de régulation autonome chez les IS*

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les IS adhèrent généralement à la régulation de contrôle dans la mesure où cette dernière laisse place à une marge d'autonomie dans leur activité. Selon cette conception, la régulation autonome apparaît d'une certaine manière moins prégnante, voire moins nécessaire pour réguler l'activité des IS. Cela fait d'autant plus de sens que les ensembles de règles émanant de la régulation de contrôle prévoient, dans leur conception même, un espace de jeu important dans lequel peut se déployer la marge d'autonomie requise pour la réalisation de l'activité des IS. De la sorte, pour qu'une régulation soit considérée autonome, cette dernière doit ouvrir une marge d'autonomie qui prend place à l'extérieur de la marge d'autonomie prévue par la régulation de contrôle. Il ne s'agit plus d'arrimer l'activité à des règles générales prévues pour être interprétées mais bien de déployer cette activité à l'aune de nouvelles règles. Dans un premier cas de figure, ces nouvelles règles permettent de pallier l'absence ou les limites des règles existantes. Dans un deuxième, elles marquent une opposition, une résistance des IS à respecter les règles existantes. Elles traduisent alors davantage une revendication autonomiste face aux règles en vigueur qu'une volonté pragmatique d'ajuster des règles lacunaires.

Dans le premier cas de figure, la régulation autonome permet donc de remédier aux lacunes de la régulation de contrôle. Par exemple, à la suite de l'implantation de la plateforme RSIPA au CSSS B, les limites que les IS ont attribuées à la plateforme informatique les ont conduites à se doter de nouvelles règles de rédaction de leurs écrits professionnels. Les adaptations introduites leur permettaient de composer avec les contraintes engendrées par les standards de conception de la plateforme RSIPA. Ces nouvelles règles de rédaction, très variables d'une IS à l'autre visaient à renforcer l'efficacité de leur activité clinique. Ce mouvement de création de nouvelles règles

peut éventuellement se formaliser et alimenter la régulation de contrôle. Toutefois, ces nouvelles règles peuvent parfois entrer en concurrence avec d'autres ensembles de règles. Ainsi, même si ces nouvelles règles de rédaction élaborées par les IS visaient pragmatiquement à renforcer l'efficacité de leur activité, nous avons montré que ces adaptations pouvaient déroger à d'autres ensembles de règles comme les standards encadrant la rédaction des écrits professionnels ou des fondements de l'intégration des services. Il en résulte que l'adaptation autonome des règles peut entacher l'efficacité globale de l'activité. Or, certaines formes de régulation conjointe permettent d'éviter ces dérives.

Dans notre deuxième cas de figure, celui que nous avons associé à une résistance autonomiste, la régulation de contrôle se décline en deux espaces d'autonomie distincts, que les IS veulent préserver à savoir un *espace d'autonomie professionnelle* et un *espace d'autonomie de la singularité clinique*.

L'espace d'autonomie professionnelle a pour objet la capacité d'action générale des IS dans leur activité professionnelle et est donc transversal à l'ensemble de leur activité. Dans cet espace, le jeu des IS avec les règles se présente comme une réponse aux contraintes exercées par les formes de standardisation qui entravent leur capacité d'action.

L'ensemble des déterminants structuraux avec lesquels les IS doivent composer a pour effet de contraindre l'ordonnement et le déploiement temporel de leur activité, ce qui engendre certaines formes de standardisation procédurale. Afin de se préserver une marge d'autonomie, les IS usent de divers moyens pour modifier le cours du déploiement temporel de leur activité ou pour aménager cette activité afin de s'approprier cette contrainte. Dans cette logique, nous avons



montré que les IS utilisent certaines stratégies visant à voir venir les coups. Par exemple, lorsqu'une IS de l'hôpital rentre au travail le dimanche pour être en mesure d'organiser des congés de l'hôpital dans les limites temporelles des délais imposés. Ces formes de déviance répondent également à une logique d'efficacité puisque, en dérogeant aux règles, les IS se préservent une plus grande marge d'autonomie pour déployer la composante clinique de leur activité.

En second lieu, l'espace d'autonomie de la singularité clinique porte sur la marge d'autonomie des IS au regard de leur activité d'intervention auprès des usagers. C'est dans cet espace que l'activité clinique peut se déployer au-delà des règles prévues par la régulation de contrôle. Par exemple, les IS peuvent tricher en manipulant les informations contenues dans un OEMC dans le but de mieux répondre aux besoins d'un usager.

Or, c'est au sein de l'espace d'autonomie de la singularité clinique que l'on retrouve l'espace de la relation avec l'utilisateur, dont les frontières sont mouvantes et adaptatives, ce qui permet aux IS de composer avec l'ensemble des contraintes limitant le déploiement de leur autonomie. Cet espace constitue également une sorte de non-lieu normatif, non pas parce qu'aucune règle n'y régule les actions, mais bien parce que les règles qui y jouent se situent en partie en dehors du champ d'influence de l'ensemble des forces de standardisation agissant sur l'activité des IS. L'espace d'autonomie de la singularité clinique est aussi celui du métier relationnel, celui où peuvent se faire valoir les savoir-faire et les savoir-être considérés sur le plan identitaire comme étant constitutifs du travail social. Comme nous l'avons montré, le rapport des travailleurs sociaux à la standardisation est fortement modulé par la préservation de cet espace.

### *Les formes prégnantes de régulation conjointe dans les CSSS observés*

Le mouvement animant la création, le maintien et la disparition des règles s'appuie sur une activité de régulation qui est mise en œuvre de façon permanente par le jeu de la négociation entre les divers acteurs. Ces négociations peuvent conduire à l'atteinte d'un compromis entre les attentes réciproques des divers acteurs et déboucher sur l'instauration de nouvelles règles qui sont acceptables aux deux parties. Ce compromis, tel qu'il se présente dans le cadre de la TRS, correspond à la régulation conjointe. Or, les travaux de Reynaud apparaissent plus ou moins explicites en ce qui a trait à la nature de ce compromis. La forme la plus pure et apparemment la plus ancienne de régulation conjointe dans l'évolution de la conception de son auteur s'incarne dans la convention collective, forme particulièrement explicite et formalisée de compromis, mais des textes plus récents (Reynaud et Reynaud, 2010) permettent de considérer d'autres formes de compromis et donc d'intégrer une pluralité de régulations conjointes : « la régulation conjointe est le produit d'une négociation explicite ou implicite et s'inscrit dans un accord (quel qu'en soit sa forme juridique)» (2010, p. 230). Or, nos observations empiriques nous ont amené à réfléchir à la nature particulière de ce compromis dans le contexte de notre thèse, réflexion d'autant plus fondamentale que, comme nous l'avons montré, l'activité routinière des IS vise moins à dévier des règles en rapport avec la régulation de contrôle qu'à ajuster lesdites règles dans les limites prévues dans l'espace de jeu que permettent ces règles.

En ce sens, il ne peut y avoir de régulation conjointe que dans la mesure où la négociation prend place à l'extérieur des limites de l'espace de jeu autorisé par ces règles ou que, au terme de la négociation, ces limites sont modifiées. La majorité des compromis que nous avons relevés ne se traduisent pas forcément sous une forme écrite et contractuelle avec une visée prescriptive ou dans des balises explicites sous la forme d'un guide de pratique. Ces compromis ne conduisent

pas nécessairement à la création d'une nouvelle directive ou à l'amendement d'une ancienne directive. En outre, il importe de distinguer le caractère implicite de ces compromis de leur caractère plus ou moins durable. Certains d'entre eux se présentent comme une adaptation locale et circonstanciée et prennent la forme *de régulation conjointe ad hoc* alors que d'autres s'inscrivent davantage dans la durée, participent à un mouvement de standardisation générale et pourront éventuellement modifier la régulation de contrôle. Ces compromis s'actualisent dans des formes de *régulation conjointe institutionnalisée*. Regardons maintenant ces deux formes de régulation conjointe.

Partant de nos observations empiriques, nous pouvons dégager plusieurs types de compromis qui correspondent à des formes *ad hoc* de régulation conjointe. Comme nous l'avons montré, les visites d'Agrément Canada ont eu pour conséquence de réactiver certaines règles émanant de la régulation de contrôle, règles pour lesquelles la déviance des IS était auparavant plus ou moins tolérée par la direction des CSSS. Dans ce contexte, c'est aussi le caractère coercitif de ces règles qui est ravivé par l'entremise de la menace de sanctions pouvant être émises par des acteurs externes à l'organisation. Face à ces règles hétéronomes, les acteurs du CSSS vont se rallier autour d'une solution de compromis qui, à défaut de viser le respect intégral des principes au fondement de ces règles, peut porter sur la forme, c'est-à-dire en répondant partiellement aux résultats attendus de ces mêmes règles. Par exemple, en accord avec la direction de leur organisation les IS mettent en œuvre des stratégies collectives de compilation des statistiques qui visent à renforcer de manière circonstanciée la visibilité de leurs activités plutôt qu'à optimiser l'efficacité de cette activité sur une base plus pérenne. Bien que ces compromis correspondent à une forme de déviance, ils possèdent néanmoins la capacité d'alimenter un éventuel mouvement de standardisation qui irait dans le sens souhaité par ces instances externes.

L'autre forme de régulation conjointe, soit la régulation conjointe institutionnalisée, apparaît dans des contextes empiriques différents de la régulation conjointe *ad hoc*. Alors que cette dernière se constituait autour d'une certaine déviance collective aux règles permettant de répondre à des enjeux circonstanciels exigeant une réponse immédiate, la régulation conjointe institutionnalisée traduit un mouvement de régulation dont la finalité est plus pérenne et qui passe par l'adaptation progressive des règles existantes. La régulation conjointe institutionnalisée prend son opère lors d'échanges organisés au sein du collectif des IS comme les réunions de discussion de cas.

Cette régulation conjointe institutionnalisée se manifeste dans les activités de discussion collective autour d'enjeux qui surgissent lors de situations cliniques particulièrement complexes pour lesquelles la conjugaison des divers aspects que comportent ces situations fait en sorte que ces enjeux ne peuvent être résolus en faisant appel aux règles existantes ou à leur interprétation largement acceptée. Dans ces conditions, les négociations entre les acteurs visent à clarifier ou à redéfinir les limites de l'espace de jeu permis par les règles existantes. Ce processus de révision et de négociation des règles est alimenté par le cumul jurisprudentiel de chacune des situations singulières collectivisées. Ainsi, bien qu'elle ne soit pas formalisée dans des protocoles d'aide à la décision ou dans de nouvelles directives, cette forme de régulation conjointe institutionnalisée démontre indéniablement une capacité à standardiser l'activité des IS puisque ces dernières s'appuieront sur les nouvelles règles produites à partir d'une jurisprudence commune, qui est par nature toujours évolutive, pour prendre des décisions dans chacun des cas singuliers qu'elles rencontrent dans leurs activités. Dès lors, chacune des décisions prises par les IS peut s'inscrire dans un nouvel espace de jeu qui découle de cette jurisprudence collective et qui balise les limites de ce nouvel espace.

Nous considérons que cette forme de standardisation présente une capacité de régulation de l'activité de l'IS particulièrement intéressante sous plusieurs aspects. Tout d'abord, elle tend à préserver le locus de la décision des IS et tout en renforçant la collectivisation du locus de l'imputabilité des décisions. De plus, elle alimente le jugement professionnel des IS par l'entremise d'une interprétation collective des règles qui se sédimente sous la forme d'un cumul jurisprudentiel. Ainsi, dans une certaine mesure, les règles ainsi produites ne s'inscrivent jamais de manière dyschronique par rapport aux aspects de l'activité des IS qu'elles doivent réguler. Écrit autrement, les règles en vigueur peuvent plus facilement rester en phase avec l'activité, ce qui renforce le maintien de leur capacité régulatrice. Enfin, l'on peut penser que les règles produites collectivement détiennent à la fois une bonne part de légitimité et une bonne part d'efficacité aux yeux des acteurs dont l'activité est régie par ces règles, ce qui évidemment n'exclut pas d'éventuelles dérives collectives.

Ce qui caractérise des mécanismes d'échange organisés au sein du collectif des IS comme les réunions de discussion de cas où peut s'opérer la régulation conjointe institutionnalisée, c'est qu'ils peuvent croiser plusieurs logiques d'action : résultats probants en lien avec les meilleures pratiques, délibérations éthiques, savoirs expérientiels, perspectives interdisciplinaires, et ainsi de suite. À la lumière de nos données empiriques, nous ne sommes pas en mesure de porter un jugement sur l'effet conjugué de ces multiples logiques d'action et les configurations qui permettent d'éviter les dérives tout en préservant la capacité régulatrice de ces règles. Cependant, nous estimons que la question de ces réunions de discussion de cas conçues comme mécanisme de standardisation mériterait une étude plus approfondie.

### **5.3 Le caractère habilitant et contraignant des outils standardisés**

Notre troisième objectif de recherche consistait à repérer les composantes des outils standardisés qui peuvent agir comme des conditions structurantes ainsi que celles qui se caractérisent par leur adaptabilité. Nous avons formulé cet objectif en appui sur notre conception initiale des outils standardisés, c'est-à-dire des outils standardisés, des guides de pratique ou des protocoles construits dans la logique des pratiques fondées sur des résultats probants. L'évolution de notre réflexion nous a amené à élargir notre perspective au-delà de cette conception initiale. Partant d'un usage effectif et constaté plutôt que d'un usage théorique et prescriptif, nous avons donc porté notre attention sur certaines formes d'outils qui se trouvent à portée de main des IS et avec lesquelles ces dernières doivent composer pour accomplir leurs activités professionnelles. L'OEMC s'est avéré être le seul outil standardisé qui correspond à notre conception de départ.

Dans la partie de la conclusion qui précède, nous avons analysé le rapport des IS à cet outil par l'entremise des formes de standardisation que nous pouvons lui associer. Nous allons poursuivre notre réflexion sur le rapport étroit entre l'usage des outils standardisés et leur capacité à soutenir ou à contraindre l'activité des IS en nous appuyant sur notre second cadre théorique, en l'occurrence la sociologie des usages, sous l'angle particulier de la composition technique telle qu'elle fut conceptualisée par Nélisse. Bien que cette approche sociologique joue un rôle moins important dans notre analyse que la théorie de la régulation sociale, la composition technique nous a permis de comprendre comment les IS composent avec les outils standardisés dans un environnement social donné où interagissent divers acteurs, organisations et dispositifs techniques.

En ce sens, dans les pages suivantes, nous nous intéresserons à certains aspects plus généraux de l'usage par les IS de certains dispositifs informatiques tels que les plateformes informatiques RSIPA et I-CLSC. Au sens où l'entend Nélisse (1998), ces dispositifs peuvent être considérés à la fois comme des outils standardisés ayant un usage clinique et comme des technologies.

Selon la perspective que nous avons adoptée, la capacité d'un dispositif informatique à réguler l'activité des professionnels ne peut être appréhendée qu'en examinant uniquement ses paramètres de conception car la compréhension de ces usages en contexte s'avère indispensable. Comme nous l'avons constaté en comparant les usages dans les deux CSSS à l'étude, un même dispositif informatique peut avoir des effets différents selon le contexte de pratique, de sorte que sa capacité à réguler l'activité professionnelle est elle aussi modulée par le contexte d'usage. Comme nous l'avons vu, l'introduction de la plateforme RSIPA a favorisé l'appropriation de l'OEMC par les IS du CSSS A, mais la même initiative s'est traduite par un recul dans certaines pratiques portant routinières chez les IS du CSSS B.

En fait, le recul que nous avons observé au CSSS B est particulièrement révélateur du rapport étroit qui s'établit dans l'usage de ces dispositifs informatiques entre ses utilisateurs, nommément les IS, et le contexte d'utilisation. Nous avons montré que l'activité quotidienne des IS œuvrant dans ce CSSS combine plusieurs séquences d'interventions chronologiques qui se juxtaposent et s'entrecroisent dans une perspective diachronique mais que les standards de conception de la plateforme informatique RSIPA s'arrimaient mal aux activités des IS parce que ces standards favorisaient plutôt une séquentialisation des activités. En cohérence avec un principe d'efficience perçue, les IS ont réorganisé certaines routines dans l'ordonnancement de leurs activités pour les adapter afin de composer avec les nouveaux standards de conception de la plateforme

informatique RSIPA. De même, les IS ont aussi adopté certaines stratégies qui leur ont permis de contourner ces mêmes standards. Cette situation démontre que l'activité des IS s'est montrée adaptative au lieu d'être surdéterminée par l'usage des dispositifs informatiques. En effet, nous avons pu constater que les IS se sont aménagés des marges d'autonomie en déployant une partie de leur activité à l'extérieur de l'espace de jeu dans lequel le dispositif informatique RSIPA détient la capacité de produire certaines formes de standardisation prévues par ses concepteurs. Ce constat démontre l'importance de concevoir des dispositifs informatiques qui sont compatibles avec les conditions réelles dans lesquelles se déroule l'activité de ses utilisateurs.

Des dispositifs informatiques comme le RSIPA possèdent la capacité d'inscrire l'ensemble des activités relatives à un processus d'intervention clinique selon un ensemble de procédures sous-jacentes, qui peut être plus ou moins explicites mais qui ont la capacité d'engendrer une certaine standardisation des activités, qui peut être simultanément procédurale, terminologique et conceptuelle. En outre, ces formes de standardisations s'opèrent tout au long du continuum d'activité des IS, à partir de l'évaluation initiale d'un usager jusqu'à la détermination des priorités d'action planifiées par les IS dans le dossier de cet usager. Ces dispositifs informatiques détiennent ainsi la capacité d'opérer une médiation des régulations de contrôle dont ils sont porteurs. Cette médiation correspond à une forme d'économie cognitive, d'où le statut d'équipements cognitifs collectifs que leur octroie Nélisse (1998). À titre d'illustration, nous pouvons rappeler que l'appropriation des profils Iso-SMAF par les IS s'est traduit par l'émergence de représentations communes qui influencent tant leur manière de concevoir le problème de l'utilisateur que les moyens d'action qu'elles mettront en œuvre pour trouver une solution à ce problème. Ces formes de standardisation se « déplacent » tout au long du continuum d'intervention. Ces dispositifs peuvent ainsi soutenir un mouvement de standardisation dans



l'activité des IS, en l'occurrence un modèle d'intégration des services<sup>133</sup>. Ainsi la mise en forme des activités d'intervention de chacune des IS est tout à la fois alimentée par leur usage singulier de ces dispositifs informatiques que par des effets d'exposition résultants du partage et de la visualisation des écrits professionnels produits par les unes et les autres IS qui utilisent ces dispositifs. Le mouvement de standardisation qui en résulte se manifeste tant dans la forme adoptée par les écrits professionnels découlant de l'activité des IS que dans les fondements dans lesquels inscrit cette activité.

Toutefois, ce mouvement de standardisation n'est pas en mesure d'enrayer complètement la capacité des IS à jouer avec les règles, notamment parce que les dispositifs informatiques qui portent ces règles se prêtent à des tricheries. Ces dispositifs informatiques opèrent néanmoins certains changements sur le plan de la régulation de l'activité des IS en limitant l'espace de jeu clandestin puisque l'usage de ces plateformes force les IS à respecter certaines règles dans la mise en forme des informations qui y sont colligées et le déploiement temporel de cette information. En raison du formatage opéré par ces dispositifs informatiques, l'information se retrouve en partie décontextualisée et objectivée, ce qui facilite la visualisation et la comparaison de l'activité d'intervention des divers acteurs à l'intérieur d'une même organisation ou entre acteurs appartenant à plus d'une organisation. Dans une logique de reddition de compte ou de contrôle de la qualité, il en résulte qu'il est plus facile à un observateur extérieur à l'activité,

---

<sup>133</sup> Évidemment, ce potentiel de standardisation ne peut s'activer que dans la mesure où ces technologies sont en usage dans l'activité des IS. Toutefois, cette condition ne suffit pas puisque ces technologies ne peuvent résister à certaines stratégies visant à détourner les standards procéduraux et terminologiques inscrits dans les standards de conception inhérents à l'usage de ces dispositifs. En effet, nous avons montré que, dans leurs activités, les IS pouvaient introduire différentes stratégies qui constituent des formes de détournement ou de tricherie dans leur usage. Par exemple, nous avons vu 1) que certaines pratiques consistent à introduire des caractères vides pour éviter de devoir remplir un champ dans la version informatique de l'OEMC que l'on retrouve dans le RSIPA; 2) que l'informatisation d'un OEMC complété sous format papier pouvait être reportée dans le temps; 3) que certaines pratiques de rédaction des notes évolutives dans des fichiers indépendants (WORD) de la plateforme RSIPA permettaient de retourner à un mode de fonctionnement antérieur à l'implantation de la plateforme RSIPA.

comme un gestionnaire d'un CSSS, de comparer les volumes d'activité des IS ou de détecter des anomalies qui pourraient être engendrées par des tricheries avec les outils standardisés, que si les écrits professionnels étaient rédigés sous une forme manuscrite, laquelle se prête davantage au jeu autonome des acteurs. En ce sens, la capacité de ces plateformes informatiques à se comporter comme des *instances de visualisation de l'activité* peut potentiellement réduire la marge d'autonomie des IS.

Cependant, au sein d'un CSSS, l'activité des IS n'est pas la seule à être potentiellement soumise une telle réduction de sa marge d'autonomie. Nous avons montré que certaines formes de régulation conjointe *ad hoc* résultant de compromis négociés entre la direction de l'organisation et les IS visaient à répondre à des contraintes provenant d'instances externes de régulation de contrôle. Il en résulte que la capacité de dispositifs informatiques comme le RSIPA ou l'I-CLSC à se comporter comme des instances de visualisation de l'activité peut entraver non seulement le déploiement de la marge d'autonomie des IS, mais aussi celle des acteurs administratifs des CSSS. Nous avons vu que les acteurs cliniques et administratifs des CSSS composaient avec les contraintes qui s'exercent sur leur organisation, tantôt en renforçant le caractère effectif et coercitif des règles en vigueur, tantôt en faisant preuve de tolérance envers certaines formes de déviance adoptées par les IS dans l'application de ces règles ou en négociant des compromis collectifs pour aménager les règles en vigueur. Ces jeux permanents avec les règles visent à répondre à la demande dans un contexte de rareté de ressources. Dans une perspective plus large, ces jeux soutiennent l'efficacité de l'activité des IS tant sur le plan clinique que sur celui de la gestion.

Notre propos n'est pas ici de remettre en cause la pertinence d'ensemble de ces jeux, mais plutôt

de montrer que la capacité de ces plateformes informatiques à se comporter comme des instances de visualisation peut réduire la marge d'autonomie des acteurs qui les utilisent et, par conséquent, leur capacité à composer avec l'ensemble des contingences auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique professionnelle. Ce constat mérite d'être rapproché des réflexions faites par de Terssac dans *L'autonomie dans le travail* (1992), ouvrage dans lequel il présente son analyse du mouvement de règles résultant des interactions entre des systèmes expert implantés dans des organisations du domaine de la fabrication manufacturière et l'autonomie professionnelle des utilisateurs de ces systèmes experts <sup>134</sup>:

la perte d'autonomie provient du passage entre un univers de règles clandestines et illégales, bien que tolérées, à un univers de règles formelles explicites. [...] les exécutants ne sont pas les seuls à perdre de l'autonomie ; si les « blancs » dans les règles imposés disparaissent au profit de solutions justifiées, les marges de manœuvre de l'encadrement diminuent aussi puisque la formulation des règles limite leurs possibilités de transaction avec les exécutants (1992, p. 259).

Nous avons vu que les dispositifs informatiques tels que les plateformes RSIPA et I-CLSC possèdent la capacité de réguler l'activité des IS en étant vectrice d'un mouvement de standardisation terminologique, procédurale et conceptuelle dans cette activité. Nous avons cependant constaté que les IS se montraient globalement favorables à l'usage de ces dispositifs informatiques dans la mesure où elles considèrent que ces derniers soutiennent l'efficacité de leur activité. Toutefois, la capacité de ces mêmes dispositifs à se comporter comme des instances de visualisation rencontre davantage de résistance de la part des IS. Ainsi, du point de vue de ces dernières, la standardisation et la visualisation de leur activité par l'intermédiaire de dispositifs informatiques comme le RSIPA comportent à la fois une valence positive et une valence négative. Cet antagonisme peut conduire à des usages qui dévient des fondements de tels

---

<sup>134</sup> Ces systèmes experts jouent un rôle dans la visualisation et le partage des informations relatives à l'ensemble des aspects de la production, comme nous l'avons montré avec le RSIPA. Cependant, ces systèmes experts jouent un rôle plus important dans les processus de prises de décision des acteurs en imposant certaines procédures.

dispositifs ou à leur sous-utilisation, ce qui a pour effet de réduire leur capacité régulatrice. Cela soulève également des enjeux dans la conception et l'usage de ces dispositifs afin de favoriser les meilleurs arrimages possible entre leurs fonctions cliniques et administratives.

#### **5.4 Forces et limites de notre étude**

Pour réaliser notre thèse doctorale, nous avons adopté une démarche qui se voulait qualitative, compréhensive et exploratoire. Lors des diverses étapes d'avancement du projet que nous avons suivies, nous étions préoccupés par les enjeux de scientificité et nous voulions assurer la validité de notre démarche en nous appuyant sur des critères reconnus pour leur pertinence dans le cadre d'une recherche de type qualitatif (Laperrière, 1997).

La scientificité de cette démarche a été soutenue par un ensemble de stratégies que nous avons mises en œuvre à chacune des étapes empiriques de notre démarche de thèse, de l'élaboration de nos outils de collectes de données à leur opérationnalisation et par la suite, lors de l'analyse. La validité interne a été renforcée par l'intermédiaire d'une collecte de données qui a été effectuée en contexte naturel, ce qui a rendu plus faciles la description et la compréhension en profondeur des phénomènes à l'étude. De plus, l'utilisation de plusieurs types de collecte de données, soient des entretiens semi-directifs, de l'observation directe de l'activité et une analyse documentaire, nous a permis d'analyser les phénomènes d'intérêt tout en apportant les nuances qui s'imposaient. En outre, lors de notre collecte de données, nous avons favorisé l'emploi d'une démarche itérative articulant réflexion analytique et ajustement progressif de nos outils de collecte de données afin d'intégrer toute nouvelle piste de réflexion ou toute nouvelle hypothèse de recherche qui émergeaient en cours de route. De surcroît, les réflexions analytiques émergentes et les ajustements méthodologiques que nous avons effectués étaient colligés dans un

journal de recherche, soit sous la forme de notes manuscrites ou d'enregistrement numérique effectué sur le vif peu après les épisodes de collecte de données. Dans le même sens, sans formellement nous inscrire dans une démarche de recherche participative, nous avons soumis certaines pistes de réflexion et certaines hypothèses explicatives aux IS participantes à l'occasion du dernier entretien qualitatif (E3) pour les valider ou les nuancer. L'on sait que la validité interne d'une démarche de recherche qualitative est solidifiée par une implication prolongée (Laperrière, 1997) dans les contextes étudiés. En ce sens, bien que nous ayons recruté un nombre réduit de participantes à la recherche, nous avons conçu notre collecte de données pour qu'elle mette en évidence la dynamique contextuelle du phénomène à l'étude, à savoir la standardisation des pratiques en travail social. Dans une perspective plus large, nous avons participé à plusieurs études portant sur la mise en œuvre des RSIPA avant de commencer notre thèse doctorale et pendant la rédaction de cette thèse, ce qui a favorisé notre imprégnation. Il en est de même de notre formation disciplinaire en travail social et de notre expérience clinique, qui sont deux éléments qui ont favorisé notre compréhension de l'activité des IS en appui sur un regard de l'intérieur (Pires, 1997). Ce dernier aurait pu être une source de biais, mais nous avons veillé à mettre en œuvre plusieurs stratégies afin de maintenir la neutralité de notre démarche. À cet effet, nous avons utilisé un journal de recherche pour soutenir notre démarche réflexive et misé sur une stratégie de collecte de données favorisant une plus grande imprégnation de notre part dans les contextes de pratique ce qui a fait en sorte de renforcer la profondeur et la justesse de nos observations.

Nous avons procédé à l'analyse de nos données avec des préoccupations identiques de rigueur scientifique. Notre stratégie d'analyse primaire reposait sur une démarche de codage mixte, en partie déductive et en appui sur nos cadres conceptuels et théoriques préexistants et également

inductive afin de laisser place aux pistes analytiques émergentes. Dans un souci de faisabilité, nous n'avons pas eu recours à la technique du codage inter-juges au sens étroit du terme. Toutefois, nous avons préconisé une stratégie consistant à effectuer deux séquences de codage successives des mêmes entretiens afin d'assurer la stabilité de ce codage. Dans la même veine, nous avons utilisé notre journal de recherche pour documenter l'évolution de notre codage, les modifications apportées à notre arbre de codage et nos réflexions analytiques. Par la suite, lors de nos analyses en profondeur des données préalablement codées, nous avons pris la peine de valider la justesse de chaque piste d'analyse en la confrontant à d'autres pistes divergentes, ce qui nous a parfois amené à écarter certaines pistes ou à les aménager. Nous avons opéré un processus de comparaison constante entre les points de vue exprimés par les IS au sein d'un même CSSS ainsi qu'entre les IS des deux CSSS et ce, sans négliger le point de vue singulier de chacune d'elles en mettant en relief des éléments contextuels propres à chacune, par exemple leur trajectoire professionnelle. Tout au long de notre réflexion analytique, nous avons cherché à dégager tant les objets transversaux aux deux terrains d'étude que les objets spécifiques à ces terrains dans le respect de la richesse des données. Dans le même sens, dans certaines situations, si certaines pistes d'analyse s'avéraient inattendues par rapport à nos préconceptions ou sembler s'appliquer à un nombre restreint de participantes, alors nous retournions aux données brutes, c'est-à-dire à nos transcriptions, pour nous assurer que notre interprétation de ces données, lors des diverses étapes de réduction des données auxquelles nous les soumettions, n'avait pas engendré de biais.

On pourrait considérer que le faible nombre de sujets dans notre étude représente une limite tant pour sa validité interne que pour sa validité externe. Même si nous concédons que, pour une part, un échantillon de petite taille constitue une limite à nos travaux, nous insistons sur le caractère

multidimensionnel de notre collecte de données, qui a favorisé l'application d'une démarche analytique grâce à laquelle il nous fut possible d'appréhender en profondeur les phénomènes à l'étude. Nous avons montré que le rapport des travailleurs sociaux à la standardisation de leur pratique constitue un objet qui présente un caractère à la fois multiforme et complexe et qui est profondément modulé par les contextes de pratique. En ce sens, nous avons volontairement déployé une stratégie d'échantillonnage alliant une dose d'homogénéité et une dose de contraste afin d'être en mesure de parvenir à une compréhension profonde de l'activité professionnelle des IS dans ces contextes de pratique tout en évitant de nous confiner à une lecture trop singulière de la réalité qui aurait émergé de l'observation d'un milieu de pratique unique. En concentrant notre attention sur le contexte général des PALV, nous voulions favoriser l'homogénéité dans notre stratégie d'échantillonnage pour être en mesure d'appréhender plus en profondeur le rapport à la standardisation en introduisant une part d'hétérogénéité dans le choix des deux CSSS. Cette stratégie a eu le mérite de soutenir notre analyse du rapport à la standardisation dans l'activité des IS en montrant les relations entre le contexte d'usage et l'usage proprement dit. L'arrimage étroit que nous avons préconisé entre l'analyse de l'activité des IS et les contextes de pratique dans lesquels se déroule cette activité a participé à renforcer la validité externe de notre étude. L'on peut penser que nos résultats ne sont que conditionnellement généralisables à des contextes de pratique similaire. Toutefois, notre étude s'appuie sur une démarche de généralisation analytique plutôt que sur une approche empirique (Pires, 1997) et, en ce sens, nous considérons que nos réflexions analytiques peuvent être extrapolées et aller au-delà de leur contexte de production.

La proposition théorique que nous soutenons dans le cadre cette thèse s'insère dans un contexte donné, soit celui des pratiques professionnelles des travailleuses sociales en contexte de RSIPA. Cependant, il nous apparaît pertinent de prolonger la portée de nos propositions théoriques à les

soumettant à d'autres contextes de pratique plus large que ceux que nous avons examinés dans le cadre de cette thèse.

Nous soulignons certains changements qui accompagnent l'achèvement du processus de la mise en œuvre des réseaux intégrés de services pour les personnes âgées, notamment l'ajout d'un PSI informatisé sur la plateforme informatique RSIPA, effectué au printemps 2014, et la mise en œuvre du SMAF social, débutée à l'automne 2014. Ces changements constituent indéniablement des objets d'étude intéressants pour conduire de nouvelles études et pourraient nous amener à bonifier notre compréhension du rapport des intervenantes sociales à la standardisation.

D'autres champs de pratique en travail social mériteraient également d'être investigués. Par exemple, nous l'avons vu dans notre problématique que la légitimité et la qualité des interventions des travailleuses sociales en Centre jeunesse sont soumises à de fortes pressions qui font en sorte de favoriser la mise en place des meilleures pratiques possible. Afin de répondre à ces injonctions, plusieurs outils standardisés sont utilisés dans les Centres jeunesse, notamment des systèmes experts. Dans leur conception, ces systèmes experts s'appuient sur des résultats probants pour guider explicitement le processus de prise de décision clinique des utilisatrices. En ce sens, l'usage de tels dispositifs pourrait s'accompagner d'un degré de standardisation procédurale plus important que celui qui peut résulter d'un dispositif comme le RSIPA. Sur le plan de l'avancée des connaissances, ces systèmes experts soulèvent des interrogations quant aux interactions entre leur usage et l'actualisation du jugement et de l'autonomie professionnelle des IS.



## **5.5 Conclusion générale sur le rapport des IS à la standardisation en contexte de RSIPA**

Au début de notre démarche doctorale, au moment où nous avons élaboré notre problématique, nous avons implicitement formulé l'hypothèse que le mouvement de standardisation général qui module l'activité des travailleurs sociaux pourrait être assujéti à des formes de standardisation procédurales qui se rapprocheraient des pratiques fondées sur les résultats probants. Toutefois, le mouvement des pratiques fondées sur les résultats probants ne s'est pas imposé dans l'activité professionnelle des travailleuses sociales aussi puissamment que nous l'anticipions et les formes de standardisation procédurales que nos observations empiriques ont permis de révéler se sont avérées être plus éloignées des formes archétypales de standardisation procédurale que nous le prévoyions. L'objectif général que nous nous étions fixé dans notre thèse consistait à comprendre les rapports des travailleurs sociaux aux différentes dimensions de la standardisation de leur pratique professionnelle en contexte de RSIPA. Au fil de l'avancement de nos analyses, notre vision de la standardisation a considérablement évolué. Comme nous le mentionnions plus haut, notre analyse de l'usage des outils standardisés, d'abord conceptualisée à partir d'un regard plus déterministe, nous apparaissait de plus en plus intrinsèquement liée aux contextes de pratique des IS. Même si, à priori, les IS peuvent manifester une certaine résistance face à l'usage d'outils standardisés, nous avons montré que, une fois traversée une certaine phase d'appropriation, les réticences des IS s'estompent dans la mesure où l'usage de ces outils leur laisse des marges d'autonomie ouvertes dans leur activité. Ainsi, le mouvement de standardisation qui se dessine dans les contextes à l'étude ne saurait en aucun cas se traduire dans un rapport univoque des IS à la standardisation. Nous nous étions fixé pour mandat de réaliser une démarche à la fois théorique et ancrée dans l'activité des IS et de proposer une lecture critique et pragmatique du rapport des IS à la standardisation de leur pratique. Malgré les limites de nos travaux, nous pensons avoir

réussi à construire une proposition heuristique qui aide à comprendre ce rapport et à poursuivre la réflexion.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott, P. et Meerabeau, L. (1998). *The Sociology of the Caring Professions*. London : UCL Press.
- Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovations. *Academy of Management Review*, 16(3), 586-612.
- Agence de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004a). *Développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches*. Sainte-Marie : Agence de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2004b). *Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches. Proposition*. Sainte-Marie : Agence de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2005a). *Projet clinique. Contexte général*. Sainte-Marie :
- Agence de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2005b). *Projet clinique de Chaudière-Appalaches. Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Balises régionales*. Sainte-Marie :
- Agence de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2005c). *Projet clinique de Chaudière-Appalaches. Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Sommaire*. Sainte-Marie : Agence de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2005d). *Projet clinique de Chaudière-Appalaches. Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Grille de travail*. Sainte-Marie : Agence de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie [ADRLSSSE] (2005). *Programme-services d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Estrie 2005-2010*. Sherbrooke : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches [ASSSCA] (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Sainte-Marie : Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches [ASSSCA] (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Sainte-Marie : Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches [ASSSCA] (2006). *Plan de services individualisés. Cadre de référence*. Sainte-Marie : Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie [ASSSE] (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Sherbrooke : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie [ASSSE] (2009). *Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé Estrie. Au cœur du PSI : l'usager et ses proches*. Sherbrooke : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie [ASSSE] (2008). *Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Sherbrooke : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie [ASSSE] (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*.
- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie [ASSSE] (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Sherbrooke : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Akrich, M. (2004). Problématiser la question des usages. *Sciences sociales et santé*, 22(1), 5-19.
- Akrich, M. (1993). Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action. *Raisons pratiques*, 4, 35-57. [En ligne]. Consulté le 8 mars 2009.  
<[http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/08/17/31/PDF/93raison\\_pratique.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/08/17/31/PDF/93raison_pratique.pdf)>
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (1991). À quoi tient le succès des innovations? Dans D. Vinck (dir.), *Gestion de la recherche* (p. 26-76). Bruxelles : Éditions De Boeck.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris : Presses de l'École des Mines.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (1988) À quoi tient le succès des innovations? 1 : L'art de l'intéressement. Gérer et comprendre. *Les Annales des Mines*, 11, 4-17.
- Alter, N. (2005). *L'innovation ordinaire*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Amadio, N. (2009). *Le travail social de secteur à l'épreuve des logiques managériales*. [En ligne]. Consulté le 28 septembre 2009.  
<[http://gree.univnancy2.fr/digitalAssets/51713\\_JIST2009AmadioTexteCommunication.pdf](http://gree.univnancy2.fr/digitalAssets/51713_JIST2009AmadioTexteCommunication.pdf)>
- Amblar, H., Bernoux, P., Herreros, G. et Livian, Y. V. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Éditions du Seuil.
- Agrément Canada. (2013). *Principes de base de l'agrément*. [En ligne]. Consulté le 5 juin 2014.  
<<http://www.accreditation.ca/fr/principes-de-base-de-l%E2%80%99agr%C3%A9men>>
- Ashley, A. (1988). Case management: The need to define goals. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 499-500.
- Assemblée nationale du Québec [ANQ] (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Assemblée nationale du Québec [ANQ] (2011). *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Assemblée nationale du Québec [ANQ] (2004). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Assemblée nationale du Québec [ANQ] (2003). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux et services de santé et des services sociaux*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Assemblée nationale du Québec [ANQ] (2000). *Loi sur l'administration publique du Québec*.

- Assemblée nationale du Québec [ANQ] (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Assemblée nationale du Québec [ANQ] (1978). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS] (2010). *La gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux : une révision des rôles et des responsabilités s'impose*. [Montréal : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux].
- Austin, J. L. (1970). *Quand dire, c'est faire*. Paris : Éditions du Seuil.
- Baillergeau, E. et Bellot, C. (2007). *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?* Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bate, S. P. et Robert, G. (2002). Knowledge management and communities of practice in the private sector: Lessons for modernising the NHS in England and Wales. *Public Administration*, 80, 643-663.
- Beaulieu, M. D. (1999). Les guides de pratique clinique : valides et valables à quelles conditions? *Louvain MED*, 118, 527-534.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P. et al. (2006). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement*, 25(1), 5-24.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17-25.
- Berg, M. et Timmermans, S. (2000). Other and their other: On the constitution of universalities in medical work. *Configurations*, 8(1), 31-61.
- Berkman, B., Gardner, D., Zodikoff, B. et Harootyan, L. (2005). Social work in health care with older adults: Future challenges. *Families in Society*, 86(3), 329-337.
- Berry, F. S. et Berry, W. (1999). Innovation and diffusion models in policy research. Dans P. A. Sabatier (dir.), *Theory in Policy Process* (p.169-200). Boulder, CO: Westview Press.
- Bonneville, L. (2003). *La mise en place du virage ambulatoire informatisé comme solution à la crise de productivité du système sociosanitaire au Québec*. Thèse de doctorat inédite. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Borraz, O. (2004). Les normes, instruments dépolitisés de l'action publique. Dans P. Lascoumes et P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments* (p. 123-161). Paris : Presses de la Fondation nationale des presses politiques. (Collection académique).
- Borzeix, A. (2003). Autonomie et contrôle à l'épreuve d'une « rationalité externe. Dans G. de Terssac (dir.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud* (p. 197-206). Paris: La Découverte.
- Borzeix, A. (2001). Le travail et sa sociologie à l'épreuve du langage. Dans A. Borzeix et B. Fraenkel (dir.), *Langage et travail. Communication, cognition, action* (p. 55-87). Paris : CNRS Éditions.
- Boudreault, J. et St-Onge, M. (2007). L'évaluation des premiers mois d'implantation d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie. *Service social*, 53(1), 1-23.
- Bourdieu, P. (dir.) (1993). *La misère du monde*. Paris: Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P., Passeron, J.-C. et Chamboredon, J.-C. (1968). *Le Métier de sociologue*. Paris : Bordas.

- Bourque, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impact sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec*. Cahiers de la CRCOC, no 907. [Gatineau] : Université du Québec en Outaouais.
- Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M. et Maltais, D. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*. Cahiers de la CRCOC, no 1004. [Gatineau] : Université du Québec en Outaouais.
- Boutet, J. (dir.) (1995). *Parole au travail*. Paris : L'Harmattan.
- Bréchet, J. P. (2008). Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. *Revue française de gestion*, 184, 13-34.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., Lamothe, L. et Denis, J.-L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(2), 113-124.
- Brodeur, G., Peraud, B., Sénéchal, S. et Tanguay, B. (2008). *CSSS-IUGS. Gérer les listes d'attente du service aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie*. Sherbrooke : Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Direction de la coordination des affaires académiques
- Brunelle, Y. (2005). Les résultats probants et les systèmes de soins dans pratique professionnelle en santé : Données, résultats et savoirs probants. *Cahiers de l'ACFAS*, 101.
- Brunsson, N. et Jacobsson, B. (2000). The contemporary expansion of standardization. Dans N. Brunsson et B. Jacobsson (dir.), *A World of Standards* (p. 1-17). Oxford : Oxford University Press.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'année sociologique*, 36, 169-207.
- Carr Saunders, A. M. (1928). *Professions : Their Organisation and Place in Society*. Oxford : Clarendon Press.
- Carrier, S., Couturier, Y., Gagnon, D., Somme, D. et Chouinard, I. (2009). *Le retour de la gestion de cas en travail social et la transformation du rapport entre gestion et clinique*. Article inédit.
- Castel, P. et Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du travail*, 44, 337-355.
- Commission for Case Manager Certification [CCMC]. (2009). *Code of Professional Conduct for Case Manager with Standards, Rules, Procedures and Penalties, revised*. [En ligne]. Consulté le 20 octobre 2014. <<http://ccmcertification.org/>>
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 251-271). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford [CSSSRT] (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Thetford Mines : Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford [CSSSRT] (2011a). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Thetford Mines : Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford [CSSSRT] (2011b). *Développement et implantation d'un modèle d'organisation de services intégrés et adaptés à la population âgée du territoire de la MRC des Appalaches. Cadre de référence*. Thetford Mines : Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford.

- Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke [CSSS-IUGS] (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Sherbrooke : Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke [CSSS-IUGS] (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Sherbrooke : Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- Champagne, M. T. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada [En ligne]. Consulté le 14 avril 2009. <<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>>
- Chouinard, I. (2007). Transformation des formes identitaires en contexte d'émergence de la gestion de cas et enjeux pour le service social. *Revue canadienne de service social*, 24(2), 197-166.
- Clot, Y. et Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse de travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Pistes*, 2(1).
- Clot, Y. et Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, 68(4), 289-316.
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and efficiency. Random Reflections on Health Services*. London : Royal Society of Medicine Press.
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Rousselle, A. et Breton, M. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n°10 et des avenues d'intervention souhaitables*. Institut e de recherche en santé publique de l'université de Montréal. Consulté le 12 janvier 2015. <[http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Bulletin/Memoire\\_loi10\\_DContandriopoulos.pdf](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Bulletin/Memoire_loi10_DContandriopoulos.pdf)>
- Contandriopoulos, A. P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique*, 20(2), 191-199.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- Coulon, A. (1987). *L'ethnométhodologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Couturier, Y. (2006). *La collaboration entre travailleuses sociales et infirmières. Éléments d'une théorie de l'intervention interdisciplinaire*. Paris : L'Harmattan.
- Couturier, Y. (2004). Le déploiement de l'intervention : lecture d'un transversal interdisciplinaire à la lumière de l'herméneutique du sujet selon Foucault. *Esprit Critique*, 6(1), 1-16.
- Couturier, Y. et Carrier, S. (2005). Scientificité et logique de preuve en contexte de pratiques fondées sur les données probantes (*Evidence-Based Practice*). Dans D. Morin (dir.), *La pratique professionnelle en santé : données, résultats et savoirs probants*. Cahiers de l'ACFAS, 101, 1-7.
- Couturier, Y. et Carrier, S. (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16(2), 68-79.
- Couturier, Y., Carrier, S., Gagnon, D. et Chouinard, I. (2007). Les appropriations locales de la gestion de cas et leurs enseignements pour l'implantation en d'autres contextes. Dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Raïche (dir.), *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Québec : Édisem.
- Couturier, Y. et 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 et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (p. 213-223). Toulouse : Éditions Octares.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L. et Salles, M. (2013). *La coordination en gérontologie*. Montréal : Presse de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., Gagnon, D. et Carrier, S. (2009). Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche. Une analyse critique. *Criminologie*, 42(1), 185-199.
- Couturier, Y. et Legault, B. (2002). Du doute identitaire à la complexité de la tâche : réflexion pour repenser la question de l'estime de soi professionnelle des travailleurs sociaux et travailleuses sociales. *Intervention*, 115, 57-63.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Chopart, J. N. (dir.) (2000). *Les mutations du travail social. Dynamique d'un champ professionnel*. Paris : Dunod.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martin-Rodriguez, L. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organisations. *BMC Health Services Research*. [En ligne]. Consulté le 20 décembre 2008. <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>>
- Daviau, J., Couturier, Y. et Gagnon, D. (2014). *La fonction de gestionnaire de cas. Cadre de référence*. Sherbrooke : Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Davidoff, F., Haynes, B., Sackett, D. et Smith, R. (1995). Evidence based medicine: A new journal to help doctors identify the information they need. *British Medical Journal*, 310, 1085-1086.
- de Certeau, M. (1980). *L'invention du quotidien. Tome 1 : Arts de faire*. Paris : UGE. (Collection 10-18).
- Degen, B. (2007). *État social*. [En ligne]. Consulté le 25 février 2009. <<http://hls-dhs-dss.ch/textes/f/F9932.php>>
- Deleuze, G. (1986). *Foucault*. Paris : Éditions de Minuit.
- Delli-Colli, N., Dubuc, N., Veilleux, N., Gauthier, L., Girard, A. (2010). *Description des activités réalisées par le service social de trois programmes-services au CSSS-IUGS: une étude de temps et mouvements*. Rapport de recherche présenté à la Direction des services et programmes aux personnes âgées en perte d'autonomie (DSPPAPA). Sherbrooke : Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke.
- Demailly, L. (2008). *Politique de la relation. Approche sociologique des métiers et approches sociologiques relationnelles*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Demailly, L. (1998a). Les métiers relationnels de service public : approche gestionnaire, approche politique. *Lien social et Politiques*, 40, 17-24.
- Demailly, L. (1998b). La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels. *Travail et emploi*, 76, 3-24.
- Demazière, D. et Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. Paris : Nathan. (Essais et Recherches, Sciences humaines).
- Demers, L., Dupuis, A. et Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? *Santé mentale au Québec*, 27(2), 74-92.
- Demers, L. et Lavoie, J. (2007). Intégrer les services aux aînés en perte d'autonomie : le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels. Dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Raïche (dir.),



- L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (p. 529-547). Québec : Edisem.
- Demers, L. et Pelchat, Y. (2013). Le réseau intégré de services aux aînés en perte d'autonomie des Bois-Francs : une innovation mise à l'épreuve. *Recherches sociographiques*, 54(1), 59-83.
- de Montmollin, M. (1986). *L'intelligence de la tâche. Éléments d'ergonomie cognitive*. Berne: Peter Lang.
- Denis J. (2007). La prescription ordinaire. Circulation et énonciation des règles au travail. *Sociologie du Travail*, 49(4), 496-513.
- Denis, J.-L. et Contandriopoulos, A.-P. (2008). Gouvernance clinique : discussion et perspective. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 249-254.
- Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D. et Trottier, L.-H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Management Review*, 27(3), 60-73.
- Denis, J.-L. et al. (2001). *L'innovation clinico-organisationnelle dans les organisations en santé*. [En ligne]. Consulté le 20 décembre 2008. <[http://www.chrsf.ca/final\\_research/ogc/pdf/denis\\_f.pdf](http://www.chrsf.ca/final_research/ogc/pdf/denis_f.pdf)>
- de Terssac, G. (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris : Presses universitaires de France.
- de Terssac, G. et al. (2003). *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud*. Débats et prolongements. Paris : Éditions La Découverte. (Recherches).
- de Terssac, G. et Maggi, B. (1996). Autonomie et conception. Dans G. de Terssac et E. Friedberg (dir.). *Coopération et conception* (p. 243-266). Toulouse : Éditions Octares.
- Dodier, N. (2007). Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients. Dans V. Tournay (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*. France : Éditions Broché.
- Dopson, S., Locock, L., Gabbay, J., Ferlie, E. et Fitzgerald, L. (2003). Evidence-based medicine and the implementation gap. *Health*, 7(3), 311-330.
- Dressen, M. (2004). Autonomie et contrôle, terminologie et relations. Dans G. de Terssac (dir.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud*. Débats et prolongements. Paris : Éditions La Découverte.
- Dubar, C. et Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Éditions du Seuil.
- Dubois, C. A. et Denis, J. L. (2001). *De la commission Castonguay-Nepveu à la commission Clair : le façonnement socio-historique de l'imputabilité*. [En ligne]. Consulté le 22 octobre 2008. <[www.medsp.umontreal.ca/getos](http://www.medsp.umontreal.ca/getos)>
- Dubuc, N., Delli-Colli, N., Bonin, L. et Tousignant, M. (2007). Les profils Iso-SMAF : un système pour soutenir les réseaux de services intégrés. Dans M. J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (p. 245-262). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dubuc, N., Hébert, R. et Tousignant, M. (2004). Du développement à l'implantation des profils Iso-SMAF : une mise à jour. Dans J. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (dir.), *Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie des personnes*. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*.
- Dudouet, F.-X., Mercier, D. et Vion, A. (2005). *La régulation par les standards ISO*. Colloque de la Section d'Études internationales de l'AFSP. Les politiques publiques internationales. 21-22 avril 2005.
- Ellul, J. (1990). *La technique ou l'enjeu du siècle*. Paris : Economica.

- Etzioni, A. (1969). *The Semi-Professions and their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: The Free Press.
- Evans, T. et Harris, J. (2004). Street-level bureaucracy social work and the (exaggerated) death of discretion. *British Journal of Social Work*, 34, 871-895.
- Evidence-Based Medicine Working Group [EBMWG] (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420-2425.
- Faïta, D. (2001). Genres d'activité et style de conduite. Dans A. Borzeix et B. Fraenkel (dir.), *Langage et Travail. Communication, cognition, action* (p. 263-285). Paris : CNRS Éditions.
- Faïta, D. et Vieira, M. (2003). Réflexions méthodologiques sur l'autoconfrontation croisée. *Skholé*, hors série, 1, 57-68.
- Falzon, P. (dir.) (2004). *Ergonomie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ferguson, H. (2003). Outline of a critical best practice perspective on social work and social care. *The British Journal of Social Work*, 33(8), 1005-1024.
- Fleury, M.-J. (2002). Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 7-15.
- Fleury, M.-J., Grenier, G. et Ouadahi, Y. (2007). Les réseaux intégrés de services : notion, modélisations et mise en œuvre. Dans M. J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Flexner, A. (1915). *Is Social Work a Profession?* Présenté initialement in National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second annual session held in Baltimore. Chicago : Hildmann. 576-590.
- Flichy, P. (2003). *L'innovation technique : Récents développements en sciences sociales : Une nouvelle théorie de l'innovation*. Paris : Éditions La Découverte.
- Fortin, P. (2003). L'identité professionnelle des travailleurs sociaux. Dans G. A. Legault (dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme* (p. 85-104). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Fraenkel, B. (2001). La résistible ascension de l'écrit au travail. Dans A. Borzeix et B. Fraenkel (dir.), *Langage et travail. Communication, cognition, action* (p. 113-142). Paris : CNRS Éditions.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Freynt, M. F. (1995). *Les médiations du travail social. Contre l'exclusion, (re)construire les liens*. Lyon : Chronique sociale.
- Gagnon D. et Couturier, Y. (2007). La continuité des services comme produit du rapport entre gestionnaires de cas et usagers. *Revue canadienne de service social*, 24(2), 155-166.
- Gambrill, E. D. (2003). Evidence-based practice: Sea change or the emperor's new clothes? *Journal of Social Work Education*, 39(1), 3-23.
- Gambrill, E. (1999). Evidence-based practice: An alternative to authority-based practice. *Families in Society*, 80(4), 341-350.
- Gaumer, B. et Fleury, M.-J. (2007). La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (p. 3-18). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Geertz, C. (1984). *Bali, interprétation d'une culture*. Paris : Gallimard.

- Giauque, D. (2004). Gestion des ressources humaines et modernisation des administrations publiques. *Les politiques sociales*, (1-2), 47-62.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration sociale*. Paris: Presses universitaires de France.
- Goffman, E. (1987). *Façons de parler*. Paris : Éditions de Minuit.
- Gomez, P. Y. (2005). Une esthétique de l'entrepreneur. Dans A. Hatchuel, É. Pezet, K. Starrkey et O. Lemay (dir.), *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Goode, J. W. (1969). The theoretical limits of professionalization. Dans A. Etzioni (dir.). *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social workers*. New York : The Free Press.
- Granger, G.-G. (1993). *La science et les sciences* (1<sup>ère</sup> Édition). Paris : Presses Universitaires de France. (Que sais-je? 2710)
- Granger, G.-G. (1992). Définir, décrire, montrer. *Alfa*, 5, 3-16.
- Gray, B. (2004). Strong opposition: Frame-based resistance to collaboration. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 14(3), 166-176.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Kyriakidou, O., MacFarlane, F. et Peacock, R. (2005). *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A Systematic Literature Review*. Oxford: Blackwell.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Grimaldi, Y. (2004). *Démarche qualité et identité professionnelle en conflit*. Collection savoir et formation. Paris : L'Harmattan.
- Grosjean, M. et Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : Presses universitaires de France.
- Guillot, V. (2011). *Réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Bilan régional de déploiement*. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Hamel, J. (2008). Qu'est-ce que l'objectivation participante? Pierre Bourdieu et les problèmes méthodologiques de l'objectivation en sociologie. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*. [En ligne]. Consulté le 22 septembre 2010. <<http://socio-logos.revues.org/1482>>
- Hamel, J. (2000). À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. *Recherches qualitatives*, 21, 3-20.
- Hamel, J. (1998). Défense et illustration de la méthode des études de cas en sociologie et en anthropologie. Quelques notes et rappels. *Cahiers internationaux de sociologie*, 104, 121-138.
- Hamel, J. (1997a). *Précis d'épistémologie de la sociologie*. Paris : L'Harmattan.
- Hamel, J. (1997b). *Étude de cas en sciences sociales*. Montréal : L'Harmattan. (Outils de recherche).
- Harris, J. (2009). Customer-citizenship in modernised social work. Dans J. Harris et V. White (dir.), *Modernised Social Work Critical Considerations* (p. 67-87). Bristol : The Policy Press.
- Harris, J. et Unwin, P. (2009). Performance management in modernised social work. Dans J. Harris et V. White (dir.), *Modernised social work critical considerations* (p. 9-31). Bristol : The Policy Press.

- Harris, J. et White, V. (2009). Introduction. Modernising social work. Dans J. Harris, et V. White (dir.), *Modernising Social Work. Critical Considerations* (p. 1-8). Bristol: The Policy Press.
- Harrison, S. (1998). The politics of evidence-based medicine in the United Kingdom. *Policy et Politics*, 26(1), 15-31.
- Harrison, S. et Smith, C. (2004). Trust and moral motivation : Redundant resources in health and social care. *Policy and Politics*, 32(3), 371-386.
- Hatchuel, A. (2003). La théorie de la régulation est-elle une théorie de l'action collective? Essai sur la théorie de la régulation de J.-D. Reynaud. Dans G. de Terssac (dir.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*. Paris : Éditions La Découverte.  
[www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/.../hebert\\_report.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/.../hebert_report.pdf)
- Hébert, R. (2006). Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité. Mémoire présenté à la Commission des Affaires sociales sur le document de consultation. [En ligne]. Consulté le 19 octobre 2006. <<http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/05/904166.pdf>>
- Hébert, R. (2004). PRISMA: un modèle novateur pour l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie. Dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (dir.), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (pp. 9-24). Québec : Edisem.
- Hébert, R. et Tourigny, A. (2007). *Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie. Rapport de recherche*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. [En ligne]. (consulté le 8 mai 2013) <[www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/.../hebert\\_report.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/.../hebert_report.pdf)>
- Hofmarcher, M., Oxley, H. et Rusticelli, E. (2007). *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. (Working Paper no. 30), Paris: OEDC.
- Howard, M. O. et Jenson, J. M. (1999). Clinical practices: Should social work develop them ? *Research on Social Work Practice*, 9(3), 283-301.
- Howard, M. O., McMillen, C. J. et Pollio, D. E. (2003). Teaching evidence-based practice: Toward a new paradigm for social work education. *Research on Social Work Practice*, 13(2), 234-259.
- Huberman, A. M. et Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael. (Pédagogie en développement. Méthodologie de la recherche).
- Hughes, E. C. (1996a). Les professions établies. Dans J. M. Chapoulie (dir.), *Le regard sociologique*. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Hughes, E. C. (1996b). Métiers modestes et professions prétentieuse : l'étude comparative des métiers. Dans J. M. Chapoulie (dir.), *Le regard sociologique*. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Hughes, E.-C. (1972/1943). *Rencontre de deux mondes. La crise de l'industrialisation du Canada français*. Montréal: Éditions du Boréal Express. [En ligne]. Consulté le 28 août 2010. <[http://classiques.uqac.ca/classiques/hughes\\_everett\\_cherrington/rencontre\\_2\\_mondes/rencontre\\_2\\_mondes.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/hughes_everett_cherrington/rencontre_2_mondes/rencontre_2_mondes.html)>
- Hughes, E. C. (1963). Professions. *Daedalus*, 92(4), 655-668.
- Humphries, B. (2003). What else counts as evidence in evidence-based social work? *Social Work Education*, 22(1), 81-91.

- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2009). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*. Édition 2009. Québec : Gouvernement du Québec.
- International Organisation for Standardisation. (2004). *Standardization and Related Activities-- General Vocabulary*. [En ligne]. Consulté le 12 février 2011. <[http://www.iso.org/iso/standards\\_and\\_regulations](http://www.iso.org/iso/standards_and_regulations)>
- Jaccoud, M. et Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 211-249). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Jenson, J. (2005). Connecting science to intervention : Advances, challenges, and the promise of evidence-based practice. *Social Work Research*, 131-135.
- Johri, M., Béland, F. et Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: A Synthesis of the Evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 222-235.
- Jouët, J. (2000). Retour critique sur la sociologie des usages. *Réseaux*, 18, 487-521.
- Jouët, J. (1993). Pratiques de communication, figure de médiation. *Réseaux*, 60, 99-120.
- Kane R., Illston, L. et Miller, N. (1992). Qualitative analysis of the program of all-inclusive care for the elderly (PACE). *The Gerontologist*, 32, 771-780.
- Kirkpatrick, I. (2006). Taking stock of the new managerialism in English social services. *Social Work and Society*, 4(1), 14-24.
- Klein, R. (1996). The NHS and the new scientism: Solution or delusion? *Research, Policy and the National Health Service*, 89, 85-87. [En ligne]. Consulté le 3 novembre 2008. <<http://qjmed.oxfordjournals.org/cgi/reprint/89/1/85.pdf>>
- Kodner, D. (2008). *Managed care networks for the vulnerable elderly. North American Prototypes, Performance and Lessons*. Goteborg, INIC. [En ligne]. Consulté le 22 février 2009. <<http://www.integratedcarenetwork.org/Sweden2008/slides/01-02-kodner.ppt>>
- Kodner, D. et Kyriacou, C. K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1-8.
- Kodner, D. et Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications –A Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, 2. [En ligne]. Consulté le 22 février 2009. <[www.ijic.org/](http://www.ijic.org/)>
- Lacoste, M. (2001). Peut-on travailler sans communiquer? Dans A. Borzeix et B. Fraenkel (dir.), *Langage et travail. Communication, cognition, action* (pp. 25-53). Paris : CNRS Éditions.
- Landry, R. (1998). L'analyse de contenu. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (3<sup>e</sup> Édition) (p. 329-356). Québec : Presses de l'Université du Québec. (Sciences sociales. Recherche. Méthodologie).
- Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Halilem, N., Jbilou, J., Mosconi, E. et Hammami, H. (2007). Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale. Rapport de la revue systématique des écrits. Chaire FCRSS/IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation. [En ligne]. Consulté le 11 octobre 2008 <<http://www.fqrsq.gouv.qc.ca/recherche/pdf/RF-Rlandry.pdf>>
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité en recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Larivière, C. (2007a). La transformation des structures par la nouvelle gestion publique. Évolution obligée des CLSC et opportunité d'innovation. Dans E. Baillergeau et C. Bellot

- (dir.), *Les transformations de l'intervention sociale* (p. 53-68). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Larivière, C. (2007b). *Sondage en ligne. Comité de la pratique concernant les réseaux locaux de santé et de services sociaux OPTSQ*. [En ligne], Page consultée le 26 mars 2010 <[http://www.otstcfq.org/portailCommunications\\_/publications/centre-de-documentation](http://www.otstcfq.org/portailCommunications_/publications/centre-de-documentation)>
- Larivière, C. (2005). *Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale*. [En ligne]. Consulté le 7 mars 2006. <<http://www.rqiiac.qc.ca/pub/lariviere.htm>>
- Latzko-Toth, G. (2009). *L'étude de cas en sociologie des sciences et des techniques*. Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie. Note de recherche 2009-03.
- 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. Orléans.
- Lecomte, R. (2002). Fondements théoriques et identité professionnelle en service social. *Les politiques sociale*, 1(2)12-24.
- Lecomte, Y. (2003). Développer de meilleures pratiques. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 9-36.
- Lefebvre, A. et Soderstrom, L (2000). Le vieillissement de la population et les dépenses de santé : quelle crise financière? Dans H. Morais et M. Venne (dir.), *Santé, pour une thérapie choc*. Saint-Nicolas : Presses de l'Université Laval.
- Lefrançois, R. (1992). *Stratégies de recherche en sciences sociales Applications à la gérontologie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Legault, A. (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Leipzig, R. M. (1998). That was the year that was: An evidence-based clinical geriatrics update. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(8), 1040-1049.
- Lemieux M., Grenier, G. et Leblanc, B. (2001). Perspectives et enjeux de la pratique des travailleuses sociales dans le cadre du projet de démonstration SIPA. *Intervention*, 113, 66-76.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Leroi-Gourhan, A. (1965). *Le geste et la parole. La mémoire et les rythmes*. Paris : Albin Michel
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social service: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quaterly*, 7(1), 77-110.
- Lièvre, P. et Rix-Lièvre, G. (2009). *Vers une nouvelle classe de méthodologie qualitative centrée sur le « faire. » Quelles perspectives pour la GRH?*
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in the Public Service*. New York : Russell Sage Foundation.
- Lohr, K., Eleazer, K. et Mauskopf, J. (1998). Health policy issues and applications for evidence-based medicine and clinical practice guidelines. *Health Policy*, 46, 1-19.
- Lymbery, M. (2001). Social work at the crossroads. *British Journal of Social Work*, 31(3), 369-384.
- Lymbery, M. (1998). Care management and professional autonomy: The impact of community legislation on social work with older people. *British Journal of Social Work*, 28(6), 863-878.
- MacDonald, K. (1995). *The Sociology of the Professions*. London: Sage Publications.
- Malone, T. W. et Crowston, K. G. (1991). *Toward an Interdisciplinary Theory of Coordination*. (Technical Report 120). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for Coordination Science.

- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. *Recherches Qualitatives, hors-série*, 5,70-81.
- Merrien, F. X. (1999). La Nouvelle Gestion Publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques-RIAC*, 41, 95-103.
- Meunier, J. M. (2005). *La compétence professionnelle du travailleur social ou les savoirs au profit de l'exercice du jugement*. Actes du premier congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophone de l'intervention sociale. Caen, 5-8 juillet. [En ligne]. Consulté le 12 février 2011. <<http://www.aifris.org/Caen2005/A%20Pratique%20sociale/A7/atelier%20A74.htm>>
- Millerand, F. (1998). *Usage des NTIC; les approches de la diffusion, de l'innovation et de l'appropriation 1<sup>ière</sup> partie*. [En ligne]. Consulté le 6 juin 2008. [http://commposite.org/v1/98.1/articles/ntic\\_1.htm](http://commposite.org/v1/98.1/articles/ntic_1.htm)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015). *Évaluation de l'autonomie multiclientèle*. [En ligne]. Consulté le 06 février 2015. <<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/27a654fcfb02bbd385256ed600498d23?OpenDocument>>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2014). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)*. Direction générale des technologies de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux. [En ligne]. Consulté le 25 octobre 2014. <<http://www.sogique.qc.ca/Familles-de-services/Actifs-informationnels/RSIPA.aspx>>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2013). *L'autonomie pour tous. Livre blanc sur la création d'une assurance d'autonomie*. Ministère de la santé et des services sociaux. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction de l'évaluation.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009). *Lignes directrices réseaux de services intégrés pour les personnes âgées*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008a). *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé : En avoir pour notre argent*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008b). *Cadre de référence. Le pouvoir d'intervention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007). *Guide à l'intention des utilisateurs de l'outil de suivi de l'implantation du RSIPA (OSIRSIPA)*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004a). *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.

- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (2004b). *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004c). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Document principal*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004d). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Résumé*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : le premier choix. Politique de soutien à domicile*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Gouvernement du Québec : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Les Éditions d'Organisation.
- Moreau, É. (1995). *Méthodes de l'intelligence artificielle pour l'aide à la tâche décisionnelle semi-structurée : cas du diagnostic de l'intervenant social*. Rapport théorique présenté comme exigence partielle du doctorat en administration. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Morin, D. (2005). La pratique professionnelle en santé : données, résultats et savoirs probants, *Cahiers de l'ACFAS*, 101.
- Mucchielli, A. (dir.). (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin. (Collection U).
- Mui, A. C. (2001). The program of all-inclusive care for the elderly (PACE): An innovative long-term care model in the United States. *Journal of Aging Social Policy*, 13(2), 53-67.
- Nélisse, C. (1998). La composition technique en travail social. *Lien social et Politiques*, 39, 161-171.
- Newell, A. (1982). The knowledge level. *Artificial Intelligence*, 18, 87-127.
- Nies, N. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 391-399.
- Niessen, L. W., Grijseels, E. M. et Rutten, F. H. (2000). The evidence-based approach in health policy and health care delivery. *Social Science and Medicine*, 51, 859-869.
- Organisation internationale de normalisation (2004). *Normalisation et activités connexes – Vocabulaire général*. [En ligne]. Consulté le 12 février 2011. <[http://www.iso.org/iso/fr/standards and regulation](http://www.iso.org/iso/fr/standards_and_regulation)>
- Organisation Mondiale de la Santé (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. [En ligne]. Consulté le 12 février 2009. <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf)>
- Organisation Mondiale de la Santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. [En ligne]. Consulté le 12 février 2009. <http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>



- Organisation Mondiale de la Santé (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 161-231). Paris: Armand Colin. (Collection U. Sciences humaines et sociales).
- Perron, N. (2005). Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 18(1), 162-175.
- Pezet, P. et Louart, P. (2003). De l'analyse des relations professionnelles à la théorie de la régulation sociale. Entretien avec Jean-Daniel Reynaud. *Gérer et comprendre*, 73, 4-13.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Pollitt, C. (1993). *Managerialism in the Public Services*. Oxford: Blackwell.
- Poirier, L.-R., Descôteaux, S., Levesque, J.-F. et Tourigny, A. (2013). *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées Le point de vue des experts*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Pomey, M.-P. et Dubois, C.-A. (2007). L'analyse comparative des systèmes de santé : réforme et enjeux. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (133-156). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Power, M. (1997). *The Audit Society*. Oxford: Oxford University Press.
- Proctor, E. K. (2002). Social work, school violence, mental health, and drug abuse: A call for evidence-based practices. *Social Work Research*, 26(2), 67-69.
- Quesnel-Vallée, A. et Soderstrom, L. (2008). Le défi démographique du vieillissement : Une menace pour le financement des services de santé? Dans F. Béland, A. P. Contandriopoulos, A. Quesnel-Vallée et L. Robert (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Quinn Patton, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluative Methods* (3<sup>rd</sup> Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies. Approche cognitive des instruments contemporains*. Paris: Armand Collin.
- Raines, J. C. (2004). Evidence-based practice in school social work: A process in perspective. *Children and Schools*, 26(2), 71-85.
- Randall, G. E. et William, P. A. (2009). Health-care autonomy reforms and the dimensions of professional autonomy. *Canadian Public Administration*, 51(1), 51-69.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (RRSSSE) (2001). *Réseau de services intégrés, ses principes, concepts et composantes*. Sherbrooke : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Rey, A. (2000). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Dictionnaire le Robert.
- Reynaud, B. (2005). Une approche Wittgensteinienne des règles économiques. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 3 (juillet), 349-374.
- Reynaud, J. D. (2003a). Réflexion I : Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe. Dans G. de Terssac (dir.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*. Paris : Éditions La Découverte.

- Reynaud, J. D. (2003b). Réflexion II : Ordre social et normativité ordinaire. Dans G. de Terssac (dir.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*. Paris : Éditions La Découverte.
- Reynaud, J. D. (1997). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale* (3<sup>e</sup> Édition). Paris : Armand Collin.
- Reynaud, J. D. (1995). *Le conflit, la négociation et la règle*. Toulouse : Éditions Octares.
- Reynaud, J. D. (1989). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin.
- Reynaud, J. D. (1988). Les régulations dans les organisations : régulation autonome et régulation de contrôle. *Revue française de sociologie*, 29(1), 5-18.
- Reynaud, E. et Reynaud, J. D. (1994). La régulation conjointe et ses dérèglements. *Le travail humain*, 57(3), 227-238.
- Rix, G. (2002). De l'autoconfrontation à la perspective subjective. Les rétroactions vidéo: perspective d'évolution. *Expliciter*, 46, 23-34.
- Rix, G., et Biache, M.-J. (2004). Enregistrement en perspective *subjective située* et entretien en *re-situ subjectif* : une méthodologie de la constitution de l'expérience. *Intellectica*, 38(1), 363-396.
- Rix, G. et Lièvre, P. (2005). *Une mise en perspective de modes d'investigation de l'activité humaine*. 6<sup>e</sup> Congrès européen de Science de Systèmes. 19-22 septembre 2005.
- Robert, P. (1982). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Le Robert.
- Robert, P., et Collins, J. (1978). *Dictionnaire français-anglais : English-French Dictionary*. Paris : Le Robert.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th Edition). New York: The Free Press.
- Rousseau, L. et Cazale, L. (2007). Réforme ou évolution? Enjeux et opinions sur la régulation et la transformation. Dans M.-J Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (p. 23-37). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Sackett, D., Haynes, R. et Tugwell, P. (1985). *Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Practice*. Boston, MA : Little Brown and Company.
- Sackett, D., Rosenberg, W. M. C., Muir Gray, J. A., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence-based practice: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sanderson, I. (2004). Getting evidence into practice: Perspectives on rationality. *Evaluation*, 10(3), 366-379.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (p. 293-316). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Setbon, M., (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? *Sociologie du travail*, 42(1), 51-68.
- Sheldon, B. et Chilvers, R. (2002). An empirical study of the obstacles to evidence-based practice. *Social Work & Social Sciences Review*, 10(1), 6-26.
- Sheldon, B. et Macdonald, G. (1999). *Research and Practice in Social Care: Mind the Gap*. Exeter: Exeter University, Centre for Evidence-Based Social Services.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R. et Anderson, D. (1994). The new world of managed care: Creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13(5), 46-64.
- Sicotte, C. (2007). Comment donner du sens à un système de santé complexe? Reddition des comptes et systèmes d'information. Dans M.-J Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L.

- Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (p. 301-316). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Simondon, G. (1958). *Du mode d'existence des objets techniques*. Paris : Aubier.
- Smith, J. E. (1998). Case management: A literature review. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11(2), 93-109.
- Somme, D. (2008). *Filières de soins, intégration, gestion de cas et maintien de l'autonomie des personnes âgées*. Thèse de doctorat, École doctorale sciences, technologies, santé, Université de Reims-Champagne Ardenne.
- Somme, D., Hébert, R., Bravo, G. et Blanchard, F. (2004). Le plan de services individualisé (PSI). Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées. Dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (dir.), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (p. 281-299). Québec : Edisem.
- Somme, D., Trouvé, H., Passadori, Y., Corvez, A., Jeandel, C., Bloch, M.-A., ... de Stampa, M. (2013). Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral). *Gérontologie et Société*, 145, 201-226.
- Soulet, M.-H. (1997). *Petit précis de grammaire indigène du travail social. Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*. Fribourg : Éditions universitaires de Fribourg.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stewart, M. J., Georgiou, A. et Westbrook, I. J. (2012). Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *International Journal of Integrated Care*, 13, January-March, 1-14.
- Tanenbaum, S. J. (2005). Evidence-based practice as mental health policy: Three controversies and a caveat. *Health Affairs*, 24(1), 163-173.
- Taylor, F. W. (1911). *Principes d'organisation scientifiques du travail*. Paris : Dunod.
- Theureau, J. (1992). *Le cours d'action: analyse sémiologique. Essai d'une anthropologie cognitive située*. Berne: Peter Lang.
- Thyer, B. A. (2002). Evidence-based practice and clinical social work. *Evidence-Based Mental Health*, 5(1), 6-7.
- Timmermans, S. et Epstein, S. (2010). A world of standards but not a standard world: Toward a sociology of standards and standardization. *Annual Review of Sociology*, 36, 69-89.
- Timmermans, S. et E. Kolker. (2004). Evidenced-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 177-193.
- Timmermans, S. et Berg, M. (2003). *The Gold standard. The Challenge of evidence based medicine and the standardisation in health care*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Torens, N. (1969). Semi-professionalism and social work: A theoretical perspective. Dans A. Etzioni (dir.), *The Semi-Professions and their Organization: Teachers, Nurses, Social Worker*. New York: The Free Press.
- Tournay V. (2007a). Introduction. Comment inscrire durablement les revendications militantes, les pratiques sociales et les récits historiques? Dans V. Tournay (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*. Paris : Presses Universitaires de France. (Politiques éclatées).
- Tournay, V. (2007b). Produire l'objectivité médicale : un système expérimental répliatif de standardisation. *Sociologie du travail*, 49, 253-267.
- Trinder, L. et Reynolds, S. (2000). *Evidence-based Practice: A Critical Appraisal*. Oxford : Blackwell Science.

- Vedel, T. (1994). Sociologie des innovations technologiques et usagers : Introduction à une socio-politique des usages. Dans A. Vitalis (dir.), *Médias et nouvelles technologies. Pour une socio-politique des usages* (p. 13-43). Rennes : Apogée.
- Vermersch, P. (2009a). Méthodologie de l'analyse et de l'interprétation des données de verbalisation relatives au vécu. Partie 2 - Analyse et interprétation des résultats. *Expliciter*, 82, 1-24.
- Vermersch, P. (2009b). Méthodologie d'analyse des verbalisations relatives à des vécus. Partie 1- Organiser les données de verbalisation en suivant le « modèle de la sémiose. » *Expliciter*, 81, 1-21.
- Vermersch, P. (2007a). Approches des effets perlocutoires. Partie 1- Différentes causalités perlocutoires : demander, convaincre, induire. *Expliciter*, 71, 1-23.
- Vermersch (2007b). Bases de l'auto-explicitation. *Expliciter*, 69, 1-31.
- Vermersch, P. (2006). *L'entretien d'explicitation* (3<sup>e</sup> Édition). Issy-les-Moulineaux : ESF Éditeur. (Pédagogies).
- Vermersch, P. (2004). Prendre en compte la phénoménalité : propositions pour une psychophénoménologie. *Expliciter*, 57, 35-45.
- Vermersch, P. (1991). L'entretien d'explicitation. *Les Cahiers de Beaumont*, 52bis-53, 63-70.
- Villatte, R., Teiger, C. et Caroly-Flageul, S. (2004). Le travail de médiation et d'intervention sociale. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (p. 583-601). Paris : Presses Universitaires de France.
- Vygotski, L. (1977). *Pensée et langage*. Paris : Éditions Sociales.
- Walshe, K. et Rundall, T. (2001). Evidence-based management: From theory to practice in health care. *The Milbank Quarterly*, 79(3), 429-457.
- Webb, S. A. (2002). Evidence-based practice and decision analysis in social work: An implementation model. *Journal of Social Work*, 2(1), 45-63.
- Webb, S. A. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *The British Journal of Social Work*, 31(1), 57-79.
- Weber, M. (1995). *Économie et société*. Tome 1 : *Les catégories de la sociologie*. Paris : Plon.
- Weill, C. (1990). Attitude professionnelles et diffusion de la connaissance scientifique. Les conférences de consensus sont-elles susceptibles de modifier les comportements des praticiens. *Sciences sociales et santé*, 8(4), 433-451.
- White, V. (2009). Quiet challenge? Professional practice in modernised social work. Dans J. Harris et V. White (dir.), *Modernised Social Work Critical Considerations*. Bristol : The Policy Press.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods* (4<sup>th</sup> Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. (Applied Social Research Methods, 5).
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods* (2<sup>th</sup> Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. (Applied Social Research Methods, 5).
- Zarifian, P. (1996). *Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle. Travail et communication*. Paris : Presses Universitaires de France.

## ANNEXES

## ANNEXE I :

### EXEMPLE DE GRILLE D'OBSERVATION DE L'ACTIVITÉ

USAGE DES OUTILS STANDARDISÉS ET PROTOCOLES		
LIEU ET ACTEURS	DESCRIPTION DE L'USAGE	RÈGLES MOBILISÉES ET JEU
<b>AS1_7 SEPTEMBRE</b>		
<b>NOTE</b>	M'explique que devra faire OEMC pour RTF, car pas outils de fait parce que client y étaient depuis longtemps il s'agit d'une commande de l'Agence dans début de catégoriser les clients (et d'arrimer ces catégories et les profils ISO-SMAF Me dit que l'ensemble des OEMC de clients ont été révisés	L'usage des outils OEMC semble très limité, mais je ne comprends pas pourquoi aucun OEMC n'a été fait dans ces dossiers
<b>NOTE</b>	<b>Description de l'environnement</b> Profils ISOSMAF visible sur tableau Liste travailleurs autonomes et no de téléphone Cahier de formation RSIPA Cahier de formation OEMC Diplôme au mur Autres cartables à identifier ?  Téléphone ordinaire sans casque	
<b>NOTE</b>	AS1 travaille avec notes évolutives manuscrites pour retracer chronologie des cas. Les notes évolutives et statistiques SIC sont faites simultanément quand plus de temps mais en respectant les échéances de date de paie (marquée sur le calendrier). AS1 a deux cahiers un qui retrace ce qui a été fait ci-haut et un pour planifier les actions. Ex suivre si client à rappeler. AS1 a aussi agenda papier et feuilles volantes pour prise de notes rapides. Me dit que PSI doivent être réalisés depuis visites d'Agrément en janvier	Ce sont les délais administratifs des paies qui conditionnent l'urgence de rédiger les notes évolutives et surtout les unités sic
<b>TS TEL RESP. RHP</b>	<b>Cas L.</b> Discussion sur situation de madame L. à la RHP « bien à la résidence, est-ce que respecte les règlements? Est-ce que bain débuté » M'explique que couple a été réorienté du domicile vers une résidence d'habitation privée depuis peu mais que tout se passe bien.	

ANNEXE II:  
GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉE (E1)



ANNEXE III:  
CONSIGNES PRÉPARATOIRES POUR LA RÉALISATION  
DU DEUXIÈME ENTRETIEN (E2)

## GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ (CANEVAS GÉNÉRAL)

### INTRODUCTION

*L'implantation de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA\_PALV) et la mise en œuvre de projets cliniques s'appuient sur des dispositifs qui favorisent la cohésion et la coordination des actions professionnelles en agissant à la fois sur les structures, les modalités de gestion et les pratiques cliniques. La standardisation, par l'intermédiaire de la mise en œuvre de protocoles et d'outils standardisés, se veut l'un des moteurs de cette régulation des pratiques professionnelles. Pour les pratiques d'intervention en travail social, cette standardisation soulève de nombreux enjeux.*

*Ce que j'appelle standards, ce sont des ensembles de règles mis en œuvre de manière formelle dans votre établissement. Elles peuvent vous avoir été imposées, mais vous pouvez aussi avoir été partie prenante dans leur élaboration. À titre d'exemple, ces ensembles de règles peuvent être des protocoles d'intervention, des outils d'évaluation, d'orientation, d'aide à la décision clinique, des critères d'accès à des services, des normes de rédaction, etc. Elles peuvent aussi se manifester dans les outils informatiques que vous utilisez*

### JUGEMENT GÉNÉRAL SUR LES CHANGEMENTS OPÉRÉS DEPUIS 2004

- Depuis la réforme de 2004, ou depuis que vous travaillez dans le cadre d'un programme PALV, quels sont les changements dans votre organisation qui ont eu un effet significatif sur votre pratique auprès des PA? (Décrire ces changements)
- Quels sont les changements récents (6 mois) dans votre organisation qui ont eu le plus d'impact pour vous dans votre travail? (Préciser ces changements et leurs effets)
  - (comment s'est passée la mise en œuvre de ces changements au CSSS-IUGS? Quelles sont les conditions qui ont joué dans l'implantation de ces changements dans votre CSSS? Comment vous situez-vous par rapport à ces changements?)

### PERCEPTION ET MANIFESTATIONS DE LA STANDARDISATION DANS LEUR MILIEU

*L'une des dimensions qui peuvent être associées à ces changements dans votre organisation, c'est une relative standardisation des pratiques professionnelles.*

- Parmi les changements qui se sont opérés dans votre organisation, en voyez-vous certains comme ayant une intention de standardiser votre pratique professionnelle? Si, oui lesquels et de quelle manière?
- Comment ces (diverses) formes de standardisation se manifestent-elles dans votre travail? Avec quels effets?

- Quels enjeux ces diverses formes de standardisation soulèvent-elles pour votre travail?

## VOLET GESTION

*On entend parler dans la gestion du réseau de la santé et des services sociaux d'efficacité, d'efficience, de résultats, de performance, de qualité, d'imputabilité, etc.*

- Est-ce que ce discours se traduit dans votre travail? Avec quels effets sur votre travail?
- Que pensez-vous des diverses règles de gestion qui accompagnent les changements que vous venez de nommer?
  - **CSSS B** : *Est-ce que la venue d'agrément Canada bientôt a un effet sur votre travail actuel?*
  - **CSSS A** *qu'est-ce qui a changé dans votre travail depuis la visite d'agrément en janvier 2011?*

## PERCEPTION DE L'USAGE DES OUTILS STANDARDISES IMPLANTES

- Pouvez-vous m'identifier des grilles d'évaluation, des protocoles de soins, des guides de pratique ou de prises de décision que vous utilisez dans votre travail, en lien avec le programme PALV de votre CSSS?
  - *Quels sont ceux qui vous sont les plus utiles?*
  - *Y a-t-il des dimensions, des aspects de votre intervention que vous vous feriez différemment si vous ne les utilisiez pas?*
  - *En quoi l'usage de ces outils standardisés soutient-il votre pratique individuelle (et en coordination avec d'autres acteurs)? Comment X vous permet-il de mieux faire votre travail?*
- Quelles sont les problématiques cliniques types pour lesquelles vous avez eu besoin de standards/protocoles/guides de pratiques et qui se sont ajoutées à votre pratique dans un passé relativement récent (6mois/ 1 an)?
- Y a-t-il des grilles d'évaluation, des protocoles de soins, des guides de pratique ou de prises de décision qui existent dans votre milieu de travail et que vous avez choisi de ne pas les utiliser ou que vous avez expérimentés et que vous avez abandonnés?
- Actuellement, y a-t-il des enjeux cliniques ou des problématiques pour lesquels vous auriez des besoins de standards/protocoles/guides de pratiques qui ne sont pas répondus?
- En quoi l'usage des outils standardisés correspond-il ou non à la vision que vous avez de votre travail à titre de travailleuse sociale? (faire ressortir cette vision au besoin)
- **Question CSSS B**
  - Qu'est-ce qui a changé dans votre travail depuis la mise en œuvre du RSIPA à la place du SIGG?
- **Questions CSSS A :**

- Qu'est-ce qui a changé dans votre travail depuis la mise en œuvre du RSIPA?

### **MARGE D'AUTONOMIE PERÇUE**

- Actuellement, dans votre pratique d'intervenante sociale ou de gestionnaires de cas, comment percevez-vous la marge d'autonomie, de liberté d'action dont vous disposez dans votre intervention auprès de vos clients?
- Est-ce que des changements en cours ont un effet sur votre autonomie professionnelle?
  - Quels sont ces effets?
- Est-ce que l'usage des outils standardisés dont vous m'avez parlé précédemment a un effet sur votre autonomie professionnelle?

### **USAGE TYPE DES OUTILS STANDARDISÉS ET DES PROTOCOLES**

Nous allons maintenant nous appuyer sur votre pratique professionnelle à partir de deux situations réelles auxquelles vous avez été confrontée récemment et que je vais vous demander de me raconter

Pourriez-vous me présenter une situation récente où l'usage d'outils standardisés ou de protocoles d'intervention a été particulièrement significatif et a soutenu votre intervention?

Pourriez-vous me présenter une situation récente où des critères, des protocoles ou outils standardisés ont entravé votre intervention ou était en tension avec ce que vous considérez, comme TS, devoir être la bonne chose à faire pour une personne?

### **QUESTION DE FERMETURE ET REMERCIEMENT**

- En terminant, y aurait un aspect relatif à la standardisation de votre pratique dont vous auriez aimé nous parler et que nous n'avons pas abordé?
  - Avez-vous d'autres points que vous aimeriez aborder?

### **INFORMATIONS CONTEXTUELLES**

- Structure d'appartenance :
- Titre professionnel :
- Membre ou non de l'OPTSQ :
- Années d'expérience en PALV-SAD et années d'expérience globale :
- Date de l'entretien :

## **Consignes pour la réalisation du deuxième entretien**

Pour la réalisation du deuxième entretien, je vais te demander de me raconter toutes les actions que tu as réalisées dans un des dossiers que tu as dans ta charge de cas, et ce spécifiquement lors d'un épisode de changement de milieu de vie, c'est-à-dire que la personne âgée en question dans ce dossier a été réorientée dans un nouveau milieu de vie suite à un événement X (chute, AVC, hospitalisation, etc.). S'il n'y a pas de cas dans ta charge de cas actuelle qui ont vécu ce type de réorientation, nous pourrions aussi examiner un épisode d'ajout de services par l'intermédiaire du mécanisme d'accès à des services.

### **Le cas dont tu me parleras doit avoir les caractéristiques suivantes :**

Être récent (idéalement, l'épisode de réorientation s'est terminé dans les deux dernières semaines).

La personne a été orientée vers un milieu de vie institutionnel (CHSLD ou RI), ce qui implique que tu as eu à « passer » au mécanisme d'accès)

J'aimerais réaliser les entretiens dès la semaine prochaine. N'hésite pas à me contacter si tu n'as pas de cas qui correspondent à ce critère.

### **Déroulement de l'entretien**

L'entretien portera sur la description des actions que tu as réalisées pour mettre en œuvre la demande de réorientation à partir de l'événement qui a conduit la personne âgée à devoir changer de milieu de vie jusqu'à la présentation de la demande au mécanisme d'accès à l'hébergement.

Si tu le veux, pendant l'entretien, tu pourras te référer aux outils informatiques que vous tu as utilisées lors des diverses étapes de mise en œuvre de la demande de réorientation. Toutefois, il n'est absolument pas nécessaire de se souvenir de tout, ta mémoire suffira.

L'entretien sera capté en vidéo avec une caméra fixe qui prendra un plan général de l'entretien.

Je n'ai pas besoin de connaître les informations nominales sur le cas qui sera relaté. De même, la captation vidéo ne permettra pas d'identifier la personne âgée.

## ANNEXE IV

### CANEVAS GÉNÉRAL POUR LA CONDUITE DES ENTRETIENS DE VERBALISATION DE L'ACTIVITÉ

## Entretien II verbalisation de l'activité

### Préparation de l'entretien

- Identifier si la situation de réorientation s'applique à chacun des intervenants sociaux et ajuster le choix du milieu de vie qui l'objet de la réorientation, en priorisant la narration d'un cas récent: CHSLD ou RI ou RTF.
- L'épisode de réorientation relaté doit impliquer de transiger avec un mécanisme d'accès (en réunion ou par délégation).
- Planifier le moment de réalisation de l'entretien auprès des TS afin qu'elles puissent identifier un cas récent (max deux semaines) dans leur charge de cas.
- Les intervenants pourront se référer aux outils papiers et ou informatiques qu'ils ont utilisés lors des diverses étapes de mise en œuvre de la demande de réorientation.
- L'entretien ainsi que l'interface entre l'intervenant et les divers outils sera capté sur vidéo.

### Réalisation de l'entretien

- Je consulterai le dossier OEMC au préalable (30 minutes avant entretien).
- L'entretien portera sur la description des actions réalisées pour mettre en œuvre la demande de réorientation :
  - *L'évaluation ou la réévaluation de la personne avec un OEMC*
    - *La cueillette des informations (usager-famille-professionnels)*
    - *Leur mise en forme dans l'OEMC*
  - *Les discussions/ négociations pour soutenir le cas avant sa présentation au MAH (responsable du mécanisme d'accès-ACP) / la présentation du cas au MAH*
  - *La relance en cas d'une décision flou ou si TS pas d'accord*

## Déroulement de l'entretien

Nous allons vous demander de décrire les interventions que vous avez réalisées récemment dans le dossier X. Il ne s'agit pas de présenter ce que vous avez fait, dans ce dossier en lien avec la réorientation de X dans un autre milieu de vie à partir des événements qui vous ont conduit à évaluer ou à réévaluer la situation de X

<b>Consigne d'ouverture</b>	<b>Notes à l'interviewer</b>
<p>Présentez-moi ce que vous avez fait dans le dossier en question en lien avec l'épisode de changement de milieu de vie (CHSLD-RTF-RI) (ressource institutionnelle).</p> <p>Racontez-moi les événements qui ont conduit à cette réorientation ?</p> <p>Par quoi avez-vous commencé ?</p> <p><b>Relances primaires</b></p> <p>Toute information relative aux activités formelles et informelles d'évaluation du dossier, de présentation de la demande au mécanisme d'accès à l'hébergement et de négociation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Événements ayant conduit à cet épisode</li> <li>• L'évaluation ou la réévaluation de la personne avec un OEMC</li> <li>• La cueillette des informations (usager-famille-professionnels)</li> <li>• Leur mise en forme dans l'OEMC</li> <li>• Les discussions/ négociations pour soutenir le cas avant sa présentation au MAH (responsable du mécanisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas induire la réflexion sur la standardisation. Par contre amener le praticien à approfondir sa réflexion ou ses interrogations quand il l'aborde</li> <li>• Engager le locuteur à décrire concrètement son action, ses usages des outils et protocoles et ses interactions avec les autres professionnels impliqués dans le dossier.</li> <li>• Creuser les indices langagiers de traduisant le rapport aux outils.</li> <li>• Faire émerger les contraintes relatives à la temporalité dans la constitution du dossier</li> </ul>



<p>d'accès-ACP) / la présentation du cas au MAH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La relance en cas d'une décision floue ou si TS pas d'accord</li> </ul>	
<p><b>Relances secondaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment les informations relatives à la personne ont été arrimées aux catégories conceptuelles de l'OEMC ?</li> <li>• Sur quoi vous êtes-vous appuyés pour présenter et légitimer les besoins de X ?</li> <li>• Faire émerger le bricolage ou le jeu avec les règles dans l'élaboration de l'évaluation et la négociation des besoins de X</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relancer sur toute information relative à des actions ou des opérations avec les outils durant l'ensemble du processus.</li> <li>• Les catégories conceptuelles en jeu dans l'élaboration de l'évaluation.</li> <li>• Faire émerger les standards évoqués dans la négociation ou la présentation du dossier (profils iso-composantes de l'OEMC, facteurs de risques, considérations déontologiques ou idiosyncratique ?</li> <li>• Faire émerger la négociation des règles, critères d'accès en jeu dans l'élaboration du portrait clinique de la personne – dans le choix du milieu de vie</li> </ul>

### Conclusion

Au terme de cet entretien, souhaitez-vous ajouter quelque chose?

### Remerciements

## ANNEXE V:

### EXEMPLE DE GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE (E3)

### Canevas d'entretien E3 IS1

1-) Je veux comprendre à quel point il y a de réelles contraintes de gestion qui s'exercent sur ton travail en te dictant des règles à suivre. J'ai l'impression que la direction exerce relativement peu de pression sur toi en lien avec des cibles à atteindre ou des manières de faire très précises :

*On nous a demandé d'avoir un processus dans nos statistiques qui va plus avoir une image de nos interventions au niveau de l'intervention qu'on fait. Ça fait que j'essaye d'être un petit peu plus rigoureuse par rapport à ça.*

Est-ce que j'ai raison? C'est parce qu'il n'y a pas de règles précises ou qu'il n'y a pas de suivi de leur application? C'est ton contexte de travail particulier (éloignée et en continuum)? J'ai l'impression que ce qui joue le plus sur ton intervention, ce sont les ressources limitées (service et hébergement) et l'insatisfaction possible que cela génère ?

2-) j'ai l'impression que les résidences d'habitation privées sont devenues des acteurs incontournables dans ton intervention.

*Avec la résidence privée, j'ai l'impression d'être quasiment une employée à temps partiel par eux autres; je passe beaucoup de temps là à les aider, les supporter, à les amener à faire des changements.*

Quel effet ça a sur ta pratique? J'ai l'impression que tu es à la fois chien de garde et soutien à leur travail ?

3-) Si je comprends bien, tu considères qu'il y a eu une évolution dans ta manière de compléter l'OEMC et le SMAF :

*Je trouvais que l'information qu'on recevait, elle était teintée de la personne qui nous la donnait parce qu'on ne met pas les gens en action »*

Qu'est-ce que tu veux dire?

*Ça fait que je trouve que l'Outil multicientèle, il est conçu pour être rempli par un TS dans ce sens-là. On est des professionnels de la relation interpersonnelle, on est capables d'aller chercher chez les personnes les éléments importants pour faire ces outils-là.*

Comment décrirais-tu ton apport spécifique comme TS par rapport à un autre professionnel?

*Ce n'est pas juste de faire un formulaire, c'est de faire une évaluation.*

Mais en même temps, j'ai parfois l'impression que l'OEMC demeure encore un formulaire à compléter. Tu m'as déjà expliqué que parfois des personnes mettaient des « . » dans certaines cases pour tricher le RSIPA. Le fait de compléter l'OEMC sur le RSIPA a changé quelque chose à la forme dans la façon de le compléter mais pas tant que ça sur le fond; est-ce que je vois juste?

*Je trouve que le jugement professionnel vient beaucoup des deux autres parties qui sont les parties aide-mémoire, dans le sens où moi, je vais venir nuancer mon profil Iso-SMA. Est-ce qu'on va encore prendre en considération le jugement qu'on va faire de la situation? Parce qu'il ne faudrait pas que notre intervention finisse par toujours arriver à un chiffre puis que le chiffre ne fasse pas foi de tout*

4-) Qu'est-ce que tu n'arrives pas à faire rentrer dans les outils? Retrouves-tu toujours la personne dans les évaluations que tu réalises ? Avec les outils et les moyens que tu peux mettre en œuvre pour répondre à ses besoins as-tu l'impression d'en perdre un bout?

5-) Tu fais quoi, tu peux faire quoi quand tu sais que l'offre de services que tu peux vraiment mettre en œuvre ne permet pas de répondre aux besoins? Quand tu travailles avec M, Mme X, à quel point tu as ces limites en tête, quand tu construis ton intervention pour X?

6-) quand t'arranges-tu pour faire respecter les critères et quand essaies-tu de les dévier. À titre de TS, tu vois ça comment?

7-)Tu m'as dit qu'il y avait de plus en plus d'enjeux éthiques qui se présentent :

*Je trouve que, juste au niveau de notre établissement, on n'a pas de direction, on n'a pas d'idée de comment notre établissement se situe éthiquement ou dans une réflexion par rapport à ces gens-là*

Qu'est-ce qui te manque pour prendre tes décisions?

8-) j'ai l'impression que dans le contexte actuel, quand un mécanisme extérieur, comme le MAH, porte la décision d'avoir accès à tel service ou tel milieu de vie, cela a des aspects à la fois positif et négatif ?

9-) Dans ton travail, quand tu travailles avec des professionnels de santé en coordination avec des médecins généralistes ou spécialisés, comment décrirais-tu ton rôle? As-tu l'impression d'être considérée comme un acteur légitime? Cette légitimité repose sur quoi? (Connaissance des OEMC-PROFILS-SMAF; autres connaissances en santé, quelque chose de spécifique à la gestion de cas, quelque chose de spécifique au travail social?

10-) J'ai l'impression qu'il vous est de plus en plus difficile de travailler de manière proactive dans le suivi de vos dossiers, est-ce que j'ai raison? Quand peux-tu te permettre d'être proactive, en prévention?

11-) Si j'ai bien compris, tu n'as pas de file d'attente dans les dossiers dont tu prends charge, mais j'aimerais que tu m'expliques comment tu priorises des dossiers à traiter sur une base hebdomadaire

12-) J'aimerais mieux comprendre qu'est-ce qui se formalise davantage dans ta pratique depuis que tu es en gestion de cas et comment tu entends l'avenir? Ça va vers où? Vois-tu des changements depuis que j'ai débuté le projet?

ANNEXE VI:  
ARBRE DE CODIFICATION (VERSION FINALE)

## ARBRE DE CODIFICATION

1. INFORMATIONS CONTEXTUELLES	1.1 DESCRIPTION ORGANISATIONNELLE DES CAS	1.1.1 GESTION DE CAS-ROLE TS		
	1.2 DESCRIPTION DES ACTEURS	1.2.1 ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE TRAVAIL		
		1.2.2 STRATÉGIES DE GESTION DES ÉCRITS		
		1.2.3 PLANIFICATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL		
		1.2.4 TRAJECTOIRE ET PROFIL PROFESSIONNEL		
		1.2.5 CONCEPTION EXPLICITE DU TRAVAIL SOCIAL		
		1.2.6 MANIFESTATION EXPLICITE DE SOUFFRANCE		
	1.3 OBJETS DE CHANGEMENT (DISCOURS)	1.3.1 ALOURDISSEMENT CHARGE DE TRAVAIL		
		1.3.2 REPRÉSENTATIONS COMPLEXITÉ DES CAS		
		1.3.4 DIMENSION RELATIONNELLE DE L'INTERVENTION		
		1.3.5 RAPPORT À L' HOPITAL	1.3.5.1 RENCONTRES GESTION DE LITS	
		1.3.5 RAPPORT AUX RHP		
		1.3.6 ENJEUX ÉTHIQUES et HUMAINS		
1.3.7 PRÉVALENCE DES CATÉGORISATIONS FONCTIONNELLES				
1.3.8 RAPPORT AUX RI-RTF-CHSLD				
1.3.9 RAPPORT AU TIERS SECTEUR				
2. NATURE DES STANDARD	2.1 ÉNUMÉRATION DES OBJETS DE CHANGEMENT	2.1.1 ÉNUMÉRATION DES OBJETS ASSOCIÉS À LA STANDARDISATION		
		2.1.2 RAPPORT EN LE TRAVAIL SOCIAL ET LA STANDARDISATION		
	2.2.1 STANDARD DE CONCEPTION	2.2.1 USAGE		
		2.2.2 Résistance DISTANCE		
		2.2.1.4 JEU		
	2.2.2 STANDARD DE QUALIFICATION	2.2.1 FORMATIONS RECUES		
		2.2.2.2 BESOINS EXPLICITES DE FORMATION		
	2.2.3 STANDARD TERMINOLOGIQUE	2.2.3.2 USAGE		
		2.2.3.3 RÉSISTANCE-DISTANCE		
		2.2.3.4 JEU		
		2.2.4.2 USAGE		
	2.2.4 STANDARD DE PERFORMANCE	2.2.4.3 RÉSISTANCE-DISTANCE		
		2.2.4.4 JEU		
		2.2.4.5 ACCÉLÉRATION DU RYTHME DE TRAVAIL		
		2.2.5.2 USAGE		
		2.2.5.3 RÉSISTANCE-DISTANCE		
	2.2.5 STANDARD PROCÉDURAUX	2.2.5.4 JEU		
2.3.1 DÉFAUT D'EXPLICITATION DES RÈGLES				
2.3.2 CONTRAINTE EXPLICITE ET SURVEILLANCE				
2.3 CARACTÉRISTIQUES DES RÈGLES	2.3.3 DYSCHRONIE DANS L'IMPLANTATION DE LA RÈGLE			

**ARBRE DE CODIFICATION**

			7.2.7.5.3 AVQ
			7.2.7.5.4 FONCTIONS VÉSICALES
			7.2.7.5.5 MOBILITÉ
			7.2.7.5.6 COMMUNICATION
			7.2.7.5.7 FONCTION MENTALES
			7.2.7.5.8 AVD
			7.2.7.5.9 SITUATION PSYCHOSOCIALE
			7.2.7.5.10 ENVIRONNEMENT PHYSIQUE
			7.2.7.5.11 SYNTHÈSE
		7.2.6 ACTES D'INTERVENTION	
	7.3 TECHNOLOGIE		



ANNEXE VII :  
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉTHIQUE

Sherbrooke, le 15 juin 2011

Monsieur Dominique Gagnon  
Candidat au doctorat en gérontologie  
Centre de recherche sur le vieillissement  
CSSS - IUGS  
1036, rue Belvédère Sud  
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

**Objet : Approbation finale du projet de recherche intitulé**

*Le rapport des professionnels à la standardisation de leur pratique : le cas de l'usage des outils standardisés par les travailleurs sociaux des réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie*  
Dossier 2011-16/GAGNON

Monsieur,

Le comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) accuse réception de la documentation que vous lui avez transmise en date du 8 juin 2011, cette dernière faisant référence à sa correspondance du 7 juin 2011, laquelle vous octroyait une approbation conditionnelle au projet cité en rubrique. Ainsi, le comité a révisé les documents suivants :

- Protocole de recherche modifié daté de juin 2011
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche, version du 8 juin 2011

Votre projet de recherche ainsi que vos réponses et les modifications apportées ont été évalués, en comité restreint, le 15 juin 2011. Le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS.

Les documents que le comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Protocole de recherche modifié daté de juin 2011
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche, version du 8 juin 2011 /

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 15 juin 2011, date de l'approbation finale. Deux mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS en utilisant le document du comité prévu à cet effet.

En acceptant ce certificat d'éthique, vous vous engagez à :

- Soumettre, pour approbation préalable au comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le comité pour la réalisation de votre projet.
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et s'il y a lieu :
  - les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche, et ce, dans les six jours ouvrables qui suivent;
  - tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
  - toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
  - la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
  - tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe;
  - toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
  - toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

Vous retrouverez les formulaires du comité téléchargeables sur le site web du CSSS-IUGS.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

En terminant, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Le comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie de recevoir, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La présidente substitut

MFD/lt

Marie-France Dubois, Ph.D.

p. j. (1)

Sherbrooke, le 15 juin 2011

## CERTIFICAT D'ÉTHIQUE EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS

Le comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke atteste :

1. Qu'il exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques;
2. Qu'aucun des membres n'était en conflit d'intérêts lors de l'évaluation des documents soumis par le chercheur;
3. Qu'il a dûment évalué et approuvé les documents qui lui ont été soumis.

### Titre du projet de recherche

Le rapport des professionnels à la standardisation de leur pratique : le cas de l'usage des outils standardisés par les travailleurs sociaux des réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie

### Cette approbation a été demandée par :

Monsieur Dominique Gagnon, candidat au doctorat en gérontologie, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS

Monsieur Yves Couturier, directeur de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS

Le numéro de dossier attribué à ce projet par le CÉR est le 2011-16/GAGNON

L'approbation éthique pour ce projet de recherche est valide jusqu'au 30 juin 2012.

Marie-France Dubois, Ph.D.,  
Présidente substitut du CÉR

c.c. Madame Julie Dubois, agente de gestion financière, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS

Hôpital et centre d'hébergement D'Youville  
Comité d'éthique de la recherche  
sur le vieillissement

1036, rue Belvédère Sud, Sherbrooke (Québec) J1H 4C4  
Téléphone : 819 780-2220, poste 45386  
Télécopieur : 819 829-7141

Établissement certifié par :



ACCREDITATION CANADA  
AGRÈMENT CANADA

Driving Quality Health Services  
Force motrice de la qualité des services de santé



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### **Titre du projet de recherche**

LE RAPPORT DES PROFESSIONNELS A LA STANDARDISATION DE LEUR PRATIQUE : LE CAS DE L'USAGE DES OUTILS STANDARDISES PAR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX DES RESEAUX DE SERVICES INTEGRES DESTINES AUX PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE

### **Équipe de recherche**

#### **Chercheur principal :**

Yves Couturier, M.s.s., Ph.D.

Chercheur à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et au Centre de recherche sur l'intervention éducative

#### **Étudiant:**

Dominique Gagnon, doctorant au programme de gérontologie à l'Université de Sherbrooke.  
CSSS-IUGS – centre de recherche sur le vieillissement

### **Préambule**

Nous sollicitons votre participation à titre d'intervenant social à un projet de recherche sur la standardisation des pratiques professionnelles dans le cadre des réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### **Nature et objectifs du projet de recherche**

L'implantation de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) et la mise en œuvre de projets cliniques s'appuient sur des dispositifs qui favorisent la cohésion et la coordination des actions professionnelles en agissant à la fois sur les structures, les modalités de gestion et les pratiques cliniques. La standardisation, par l'intermédiaire de la mise en œuvre de protocoles et d'outils standardisés, se veut l'un des moteurs de cette régulation des pratiques professionnelles. Pour les pratiques d'intervention en travail social, cette standardisation soulève de nombreux enjeux. L'objectif de ce projet de recherche est de comprendre le rapport des intervenants sociaux aux différentes dimensions de la standardisation de leur pratique professionnelle.

## **Déroulement du projet de recherche**

Notre projet de recherche se déroulera dans deux CSSS. Avec l'accord des gestionnaires, nous recruterons quatre intervenants sociaux par établissement. Les intervenants recrutés devront 1-) avoir une formation en travail social de niveau baccalauréat ou supérieur ; 2-) être intervenant au sein d'une équipe *Réseau de service intégré destiné aux personnes âgées-PALV* et 3-) posséder une expérience de six mois et plus dans leurs fonctions actuelles et une expérience de pratique globale de plus d'un an.

Avec chacun des intervenants sélectionnés, nous effectuerons les collectes de données suivantes :

1) De l'observation (3 jours) de votre pratique professionnelle. Nous nous intéresserons à votre usage des outils et protocoles standardisés existant dans votre établissement et à la coordination dans la prise en charge des dossiers. Nous demanderons un accord verbal à tout professionnel et à tout usager avec qui vous interagirez dans le cadre de vos activités professionnelles. Aucune donnée concernant ces personnes ne sera retenue ;

2) Un entretien (#1) portant sur le sens général que vous donnez à la standardisation et à ses implications sur votre pratique professionnelle.

3) Un entretien (#2) qui se déroule en deux étapes portant sur votre usage de certains outils standardisés utilisés dans votre établissement. Lors d'une première étape, nous vous demanderons de nous raconter en détail comment vous avez utilisé un outil standardisé ou un protocole intervention donné dans le cadre d'une intervention dans l'un des dossiers d'usager de votre charge de cas. Cette première étape sera enregistrée sur support vidéo. Au cours d'une deuxième étape, chronologiquement distincte de la première, nous vous présenterons cette captation vidéo puis nous mènerons un entretien (#3) qui portera sur votre point de vue relativement à votre usage de cet outil standardisé ou protocole intervention. Plus spécifiquement, cet entretien portera sur les jugements que vous portez, vos intentions et les savoirs que vous mobilisez dans le cadre de votre usage des outils standardisés ou protocoles à l'étude dans votre contexte de pratique professionnelle.

Au total, votre implication nécessite environ 5 heures réparties en trois séances pour les trois entretiens (1 h 30 environ) ainsi que les 3 jours d'observation. Les entretiens auront lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités et se dérouleront pendant votre temps de travail. Les entretiens #1 et #3 seront enregistrés sur un support numérique audio et l'entretien #2 sera enregistré sur un support numérique vidéo.

## **Risques associés au projet de recherche**

Le seul risque possible découlant de votre participation à ce projet de recherche pourrait consister en un stress associé au sentiment d'être évalué dans votre pratique. Au besoin, nous pourrions vous référer au programme d'aide aux employés de votre CSSS.

## **Inconvénients**

Le seul inconvénient découlant de votre participation à ce projet de recherche est associé à l'impact de votre participation sur votre agenda de travail. Afin de diminuer cet impact, le chercheur vous proposera un horaire très souple pour la réalisation de l'entrevue. Par ailleurs, cette recherche ne vise pas l'évaluation de votre pratique et l'information obtenue ne sera pas utilisée à cette fin par l'équipe de recherche.

## **Avantages**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, votre participation pourrait soutenir votre réflexion sur votre pratique professionnelle. Également, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques en ce domaine.

## **Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'étudiant affecté au projet.

Si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information déjà obtenue dans le cadre de l'étude sera anonymisée et conservée par le chercheur responsable de l'étude.

## **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable ainsi que son étudiant recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Ces renseignements (données) comprendront les informations suivantes :

- Votre nom, vos coordonnées professionnelles et votre sexe
- Les enregistrements audio
- L'enregistrement vidéo

Toutes ces données demeureront strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un numéro de code. En aucun temps, il ne sera possible pour un tiers de vous identifier. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée exclusivement par le chercheur responsable.

À la fin du projet de recherche, vos données seront dénominalisées et les enregistrements audio et vidéo seront détruits. Ainsi, elles pourront :

- Être publiées dans des revues spécialisées
- Faire l'objet de discussions scientifiques
- Servir pour d'autres analyses reliées au projet
- Servir pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

Initiales du participant : \_\_\_\_\_

Version du 8 juin 2011

Tous les documents de votre dossier de recherche seront conservés pendant 5 ans et seront détruits selon les normes en vigueur au CSSS-IUGS par la suite. Les enregistrements vidéo et audio seront détruits dès que leur retranscription sera complétée.

Vos renseignements personnels (votre nom et/ou vos coordonnées) seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable.

- Durant cette période, dans l'éventualité où des projets de recherche similaires à celui-ci se réaliseraient, acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation ? Bien sûr, lors de cet appel, vous seriez entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Oui  Non

### **Droits du sujet et indemnisation en cas de préjudice**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous êtes protégé par les lois en vigueur au Québec.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur principal ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiendront ces informations.

### **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation pour participer à ce projet de recherche.

### **Identification des personnes ressources**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiant aux coordonnées suivantes :

Dominique Gagnon

### **Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi administratif. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité, vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique du CSSS-IUGS au numéro



LE RAPPORT DES PROFESSIONNELS A LA STANDARDISATION DE LEUR PRATIQUE : LE CAS DE  
L'USAGE DES OUTILS STANDARDISES PAR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX DES RESEAUX DE SERVICES  
INTEGRES DESTINES AUX PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE

### **CONSENTEMENT DU PARTICIPANT**

J'ai pris connaissance de ce formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

---

Nom et signature du participant

Date

### **ENGAGEMENT DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT**

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Dominique Gagnon

Date

### **ENGAGEMENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE**

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

---

Yves Couturier

Date



Initiales du participant : \_\_\_\_\_  
Version du 8 juin 2011

ANNEXE VIII:  
OUTIL D'ÉVALUATION MUTICLIENLE

---

Ce fichier est fourni pour une utilisation  
en mode « lecture seulement ».

Ce formulaire fait partie de l’Outil d’évaluation Multiclientèle  
et il est protégé par le copyright inscrit sur la première page.

Seul le ministère de la Santé et des Services sociaux  
peut modifier ce formulaire  
dans le cadre des dispositions prévues  
aux ententes signées avec les auteurs.

---



Date de naissance			N° chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour		
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal		Téléphone ind. rég.	Sexe	
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

Date de l'évaluation	Évaluation n°

# ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE MULTICLIENTÈLE

Multiclientèle : Copyright © Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1994. Révisé en 2002. Tous droits réservés.  
 Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) : Copyright © Hébert, Carrier, Bilodeau, 1983, CEGG Inc. Révisé en 2002. Tous droits réservés.  
 Reproduits par le MSSS avec l'autorisation de la RRSSS de Montréal-Centre et du Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie (CEGG) Inc..

**ÉTAT DE SANTÉ**

**1. HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE, ET DIAGNOSTICS ACTUELS**  
(maladies physiques et mentales – incluant maladies ou problèmes chroniques ou stabilisés –, anomalies congénitales, hospitalisations, chirurgies, traumatismes)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies (médicament, alimentation, environnement) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. SANTÉ PHYSIQUE**

**Difficultés éprouvées ou observations spécifiques**

Non    Oui

- Fonction **digestive** (douleur, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, gaz, dysphagie, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_
- Fonction **respiratoire** (douleur, toux, expectorations, difficultés respiratoires, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_
- Fonction **cardiovasculaire** (douleur, palpitations, stimulateur cardiaque, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_
- Fonction **génito-urinaire** (douleur, problème urinaire, problème gynécologique ou génital, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_
- Fonction **motrice** (douleur, déformation, limitation des mouvements, force, coordination, tremblements, équilibre, endurance physique, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_
- Fonction **sensorielle** : yeux, oreilles, nez, bouche, toucher (douleur, écoulement, inflammation, sensibilité, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_
- Condition de la **peau** (plaie, rougeur, œdème, écoulement, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_
- Autres informations  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Gain ou perte de poids : \_\_\_\_\_ Si pertinent : \_\_\_\_\_ T.A.    Pouls    Resp.    T°

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème décelé    Non —  N  
Oui —  O



Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager – Proche – Évaluateur

Problème

**6. SERVICES DE SANTÉ (services médicaux, réadaptation, médecine douce, psychologie, podiatrie, etc.)**

Suivi médical régulier :  Non  Oui

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Ind. rég. | N° de téléphone | N° de poste | Ind. rég. | N° de télécopieur | Courriel

Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_

Ind. rég. | N° de téléphone | N° de poste | Ind. rég. | N° de télécopieur | Courriel

Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_

Ind. rég. | N° de téléphone | N° de poste | Ind. rég. | N° de télécopieur | Courriel

Autre : \_\_\_\_\_

Ind. rég. | N° de téléphone | N° de poste | Ind. rég. | N° de télécopieur | Courriel

Commentaires (préciser les services requis non comblés) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problème identifié Non —  N  
Oui —  O

**HABITUDES DE VIE**

**1. ALIMENTATION**

**Régime alimentaire quotidien :**

Lait et produits laitiers :  Oui  Non

Viande et substituts :  Oui  Non

Fruits et légumes :  Oui  Non

Pain et céréales :  Oui  Non

Quantité de liquide : \_\_\_\_\_ tasses ou verres

**Diète :**  Non  Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Prescrite :  Oui  Non

Suivie :  Oui  Non

Alimentation pour dysphagique :  Oui  Non

**Autres observations (heure et endroit des repas, mange avec qui, appétit, etc.) :**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non  
 Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Actuellement, les habitudes alimentaires sont satisfaisantes pour l'usager :  Oui  Non

**Dentition (douleur, difficulté à mastiquer, prothèse, etc.) :**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non  
 Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problème identifié Non —  N  
Oui —  O

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager – Proche – Évaluateur

Problème

**2. SOMMEIL (insomnie, se lève et pourquoi, peur, agitation, médicament, heures du lever et du coucher, sieste, etc.)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :

Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Actuellement, les habitudes de sommeil sont satisfaisantes pour l'utilisateur :  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifiéNon —  NOui —  O**3. CONSOMMATION DE TABAC (genre de consommation, quantité, surveillance à apporter, motivation à cesser de fumer, etc.)**

Fume :

Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Actuellement, cette habitude pose un problème pour l'utilisateur :  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifiéNon —  NOui —  O**4. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUE (odeur éthylique, indicateurs extérieurs, genre de consommation, quantité, fréquence, surveillance à apporter, motivation à changer d'habitude, etc.)**

Consomme de l'alcool ou de la drogue :

Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Actuellement, cette habitude pose un problème pour l'utilisateur :  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifiéNon —  NOui —  O**5. ACTIVITÉS PERSONNELLES ET DE LOISIRS (intégration au travail, aux études ou aux loisirs, activités usuelles, activités souhaitées, empêchements, etc.)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :

Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Actuellement, les activités personnelles et de loisirs sont satisfaisantes pour l'utilisateur :  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifiéNon —  NOui —  O



INCAPACITÉ	HANDICAP
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité	
<b>A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)</b>	
<b>1. SE NOURRIR</b>	
<p><b>0</b> Se nourrit seul _____  <input type="text" value="-0,5"/> Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable</p> <p><b>-2</b> A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un</p> <p><b>-3</b> Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie  <input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique    <input type="checkbox"/> gastrostomie</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : _____	
<b>2. SE LAVER</b>	
<p><b>0</b> Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche)  <input type="text" value="-0,5"/> Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement (incluant pieds et cheveux)</p> <p><b>-2</b> A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement</p> <p><b>-3</b> Nécessite d'être lavé par une autre personne</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (habitudes et fréquence : bain, douche et lavage des cheveux, équipement utilisé, aide pour les transferts, etc.) : _____	
<b>3. S'HABILLER (toutes saisons)</b>	
<p><b>0</b> S'habille seul _____  <input type="text" value="-0,5"/> Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin d'une surveillance pour le faire OU on doit lui sortir et lui présenter ses vêtements OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets, bas de soutien)</p> <p><b>-2</b> Nécessite de l'aide pour s'habiller</p> <p><b>-3</b> Doit être habillé par une autre personne  <input type="checkbox"/> bas de soutien</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (tenue vestimentaire habituelle, aide technique utilisée, etc.) : _____	

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
<b>4. ENTRETENIR SA PERSONNE (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller)</b>			
0	Entretient sa personne seul -0,5 Avec difficulté		
-1	A besoin de stimulation OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	A besoin d'une aide partielle pour entretenir sa personne	<input type="checkbox"/> Oui	-1
-3	Ne participe pas à l'entretien de sa personne	<input type="checkbox"/> Non	-2
		Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-3
Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : _____			
<b>5. FONCTION VÉSICALE</b>			
0	Miction normale		
-1	Incontinence occasionnelle OU en goutte à goutte OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Incontinence urinaire fréquente	<input type="checkbox"/> Oui	-1
-3	Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une sonde à demeure ou un condom urinaire	<input type="checkbox"/> Non	-2
	<input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="radio"/> incontinence nocturne <input type="checkbox"/> condom urinaire <input type="radio"/> incontinence diurne <input type="checkbox"/> sonde à demeure	Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-3
Commentaires : _____			
<b>6. FONCTION INTESTINALE</b>			
0	Défécation normale		
-1	Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier	<input type="checkbox"/> Oui	-1
-3	Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une stomie	<input type="checkbox"/> Non	-2
	<input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="radio"/> incontinence nocturne <input type="checkbox"/> stomie <input type="radio"/> incontinence diurne	Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-3
Commentaires : _____			

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ	HANDICAP
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité	
<b>7. UTILISER LES TOILETTES</b>	
<p><b>0</b> Utilise seul les toilettes _____ (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever)</p> <p><input type="text" value="-0,5"/> Avec difficulté</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>-1</b> Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une baignoire</p>	
<p><b>-2</b> A besoin de l'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal</p>	
<p><b>-3</b> N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal</p> <p><input type="checkbox"/> chaise d'aisance    <input type="checkbox"/> baignoire    <input type="checkbox"/> urinal</p>	
<p>Commentaires (fréquence, équipement utilisé, aide de combien de personnes, etc.) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<b>B. MOBILITÉ</b>	
<b>1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)</b>	
<p><b>0</b> Se lève, s'assoit et se couche seul _____</p> <p><input type="text" value="-0,5"/> Avec difficulté</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>-1</b> Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements</p> <p>préciser : _____</p>	
<p><b>-2</b> A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher</p> <p>préciser : _____</p>	
<p><b>-3</b> Grabataire (doit être levé et couché en bloc)</p> <p><input type="checkbox"/> positionnement particulier</p> <p><input type="checkbox"/> lève-personne    <input type="checkbox"/> planche de transfert</p>	
<p>Commentaires (aide de combien de personnes, mobilité au lit, précision du positionnement, etc.) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<b>2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur) <sup>1</sup></b>	
<p><b>0</b> Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) _____</p> <p><input type="text" value="-0,5"/> Avec difficulté</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>-1</b> Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances</p> <p>OU démarche non sécuritaire</p>	
<p><b>-2</b> A besoin de l'aide d'une autre personne</p>	
<p><b>-3</b> Ne marche pas</p> <p><input type="checkbox"/> canne simple    <input type="checkbox"/> tripode    <input type="checkbox"/> quadripode    <input type="checkbox"/> marchette</p> <p><sup>1</sup> Distance d'au moins 10 mètres</p>	
<p>Commentaires (aire de déplacement, par exemple) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
<b>3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE</b>			
0	Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse		
-1	Installe seul sa prothèse ou son orthèse -1,5 Avec difficulté	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-2	A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle		-1
-3	La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne Type de prothèse ou d'orthèse : _____		-2 -3
Commentaires : _____			
<b>4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT À L'INTÉRIEUR</b>			
0	N'a pas besoin de fauteuil roulant pour se déplacer		
-1	Se déplace seul en fauteuil roulant -1,5 Avec difficulté	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le logement où habite l'utilisateur permet la circulation en fauteuil roulant</li> </ul> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <ul style="list-style-type: none"> <li>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</li> </ul> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-2	Nécessite qu'une personne pousse le fauteuil roulant		-1
-3	Ne peut utiliser un fauteuil roulant (doit être transporté en civière) <input type="checkbox"/> fauteuil roulant simple <input type="checkbox"/> fauteuil roulant à conduite unilatérale <input type="checkbox"/> fauteuil roulant motorisé <input type="checkbox"/> triporteur <input type="checkbox"/> quadriporteur		-2 -3
Commentaires : _____			
<b>5. UTILISER LES ESCALIERS</b>			
0	Monte et descend les escaliers seul -0,5 Avec difficulté	L'utilisateur doit utiliser un escalier <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-1	Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire		-1
-2	Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne		-2 -3
-3	N'utilise pas les escaliers		
Commentaires : _____			

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
<b>6. CIRCULER À L'EXTÉRIEUR</b>			
0	Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) <sup>2</sup> -0,5 Avec difficulté	** L'environnement extérieur où habite l'utilisateur permet l'accès et la circulation en fauteuil roulant ou triporteur/quadriporteur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 - + • -1 -2 -3
-1	Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quadriporteur ** -1,5 F.R. avec difficulté OU circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire <sup>2</sup>		
-2	A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher <sup>2</sup> OU utiliser un fauteuil roulant **		
-3	Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière) <sup>2</sup> Distance d'au moins 20 mètres		
Commentaires (aire de déplacement, par exemple) : _____			
<b>C. COMMUNICATION</b>			
<b>1. VOIR</b>			
0	Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 - + • -1 -2 -3
-1	Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes		
-2	Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes		
-3	Aveugle <input type="checkbox"/> verres correcteurs <input type="checkbox"/> loupe		
Commentaires (quel œil, par exemple) : _____			
<b>2. ENTENDRE</b>			
0	Entend convenablement avec ou sans appareil auditif	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 - + • -1 -2 -3
-1	Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif		
-2	N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes		
-3	Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer <input type="checkbox"/> appareil auditif		
Commentaires (quelle oreille, dispositif installé sur le téléphone et autre aide technique, etc.) : _____			

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
<b>3. PARLER</b>			
0	Parle normalement		
-1	A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel		<input type="checkbox"/> Oui
			<input type="checkbox"/> Non
-3	Ne communique pas Aide technique : <input type="checkbox"/> ordinateur <input type="checkbox"/> tableau de communication	Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-1 -2 -3
Commentaires (type de compensation, par exemple) : _____			
Compréhension et expression écrite : _____			
<b>D. FONCTIONS MENTALES</b>			
Pour chaque élément, préciser depuis quand existe l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
<b>1. MÉMOIRE</b>			
0	Mémoire normale		
-1	Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs, etc.)		<input type="checkbox"/> Oui
			<input type="checkbox"/> Non
-3	Amnésie quasi totale	Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-1 -2 -3
Commentaires : _____			
<b>2. ORIENTATION</b>			
0	Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes		
-1	Est quelques fois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières		<input type="checkbox"/> Oui
			<input type="checkbox"/> Non
-3	Désorientation complète	Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-1 -2 -3
Commentaires : _____			

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.



INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
<b>3. COMPRÉHENSION</b>			
0	Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande		
-1	Est lent à saisir des explications ou des demandes	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages		<input type="checkbox"/> Oui
-3	Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui		<input type="checkbox"/> Non
		Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Commentaires : _____			
<b>4. JUGEMENT</b>			
0	Évalue les situations et prend des décisions sensées		
-1	Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère		<input type="checkbox"/> Oui
-3	N'évalue pas les situations et une autre personne doit prendre les décisions à sa place		<input type="checkbox"/> Non
		Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Commentaires : _____			
<b>5. COMPORTEMENT</b>			
0	Comportement adéquat		
-1	Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérangement des autres, errance, cris constants)		<input type="checkbox"/> Oui
-3	Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver		<input type="checkbox"/> Non
		Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Commentaires : _____			

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ	HANDICAP
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité	
<b>E. TÂCHES DOMESTIQUES (activités de la vie domestique)</b>	
<b>1. ENTRETENIR LA MAISON</b>	
<p><b>0</b> Entretien seul la maison _____ (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels) -0,5 Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> Entretien la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.)</p> <p><b>-2</b> A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison</p> <p><b>-3</b> N'entretient pas la maison</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires : _____	
<b>2. PRÉPARER LES REPAS</b>	
<p><b>0</b> Prépare seul ses repas _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable</p> <p><b>-2</b> Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats)</p> <p><b>-3</b> Ne prépare pas ses repas</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires : _____	
<b>3. FAIRE LES COURSES</b>	
<p><b>0</b> Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.) _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre</p> <p><b>-2</b> A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses</p> <p><b>-3</b> Ne fait pas les courses</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (préciser les activités pour lesquelles l'utilisateur a une incapacité) : _____	

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.





INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
<b>4. FAIRE LA LESSIVE</b>			
0	Fait toute la lessive seul -0,5 Avec difficulté	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-1	Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable		-1
-2	A besoin d'aide pour faire la lessive		-2
-3	Ne fait pas la lessive		-3
Commentaires : _____			
<b>5. UTILISER LE TÉLÉPHONE</b>			
0	Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin) -0,5 Avec difficulté	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-1	Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence		-1
-2	Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur		-2
-3	Ne se sert pas du téléphone		-3
Commentaires (appareil spécial, par exemple) : _____			
<b>6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT</b>			
0	Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.) -0,5 Avec difficulté	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-1	Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté		-1
-2	N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre		-2
-3	Doit être transporté sur civière		-3
Commentaires : _____			

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ	HANDICAP
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité	
<b>7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS</b>	
<p><b>0</b> Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament</p> <p>-0,5 Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> A besoin de surveillance (incluant la surveillance à distance) pour prendre convenablement ses médicaments OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne)</p> <p><b>-2</b> Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement</p> <p><b>-3</b> On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun</p> <p><input type="checkbox"/> pilulier</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires : _____	
<b>8. GÉRER SON BUDGET</b>	
<p><b>0</b> Gère seul son budget (incluant gestion bancaire)</p> <p>-0,5 Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes</p> <p><b>-2</b> A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise à bon escient l'argent de poche qu'on lui remet</p> <p><b>-3</b> Ne gère pas son budget</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (procuration bancaire, par exemple) : _____	

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager – Proche – Évaluateur

Problème

**SITUATION PSYCHOSOCIALE****1. HISTOIRE SOCIALE** (occupation, mariage, divorce, deuil, scolarité, immigration, déménagement, autres événements importants, etc.)

---



---



---



---



---



---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---



---

Problème  
déceléNon —  NOui —  O**2. MILIEU FAMILIAL****Composition de la famille** (âge, sexe, lieu de résidence ou génogramme) : \_\_\_\_\_

---



---

**Dynamique familiale** (interactions de l'usager avec sa famille et des membres de la famille entre eux ; satisfaction de l'usager au regard de sa situation familiale ; comment la famille réagit ou est affectée par la situation de l'usager ; indices d'abus, de violence ou de négligence, etc.) :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---



---

Problème  
identifiéNon —  NOui —  O**3. AIDANTS PRINCIPAUX** (implication, épuisement, perception de leur situation, attentes, volonté de s'impliquer, etc.)

---



---



---



---



---



---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---



---

Problème  
identifiéNon —  NOui —  O

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur****Problème****4. RÉSEAU SOCIAL (incluant le milieu scolaire et le milieu de travail)**

Personnes significatives (amis, voisins, collègues, enseignants, etc.) : \_\_\_\_\_

---



---



---

**Dynamique des relations** (interaction de l'usager avec les membres de son réseau social ; satisfaction de l'usager au regard de ses relations avec les membres de ce réseau ; comment les membres de ce réseau réagissent ou sont affectés par la situation de l'usager ; indices d'abus, de violence ou de négligence, etc.) :

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---



---

Problème  
identifiéNon —  NOui —  O**5. RESSOURCES COMMUNAUTAIRES, PUBLIQUES ET PRIVÉES (bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté, services inscrits dans le bail, etc.)**

Préciser le type de services, la fréquence de ces services, les interactions de l'usager avec ces ressources : \_\_\_\_\_

---



---



---

Commentaires (services requis non comblés) : \_\_\_\_\_

---



---

Problème  
identifiéNon —  NOui —  O**6. ÉTAT AFFECTIF (humeur, estime de soi, sentiment d'utilité ou de solitude, anxiété, etc.)**


---



---



---



---



---



---



---



---



---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---



---

Problème  
identifiéNon —  NOui —  O

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur**

**Problème**

**7. PERCEPTION DE L'USAGER (comment il perçoit sa situation, y réagit ou s'y adapte, motivation, solutions envisagées, etc.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non —  N

Oui —  O

**8. SEXUALITÉ (satisfaction de l'utilisateur, préoccupation, comportement socialement inacceptable, etc.)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non —  N

Oui —  O

**9. CROYANCES ET VALEURS PERSONNELLES, CULTURELLES ET SPIRITUELLES (expression, par exemple)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non —  N

Oui —  O

**CONDITIONS ÉCONOMIQUES**

**CAPACITÉ DE FAIRE FACE À SES OBLIGATIONS SELON SES REVENUS ACTUELS (loyer, nourriture, habillement, médicaments, etc.)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-ce que l'utilisateur bénéficie d'un des programmes suivants : supplément de revenu garanti, régime de rentes du Québec, programme d'accès au logis, rente d'invalidité, sécurité du revenu, allocation familiale spéciale, autre :

Non  Oui

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non —  N

Oui —  O

## ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

### 1. CONDITIONS DU LOGEMENT (salubrité, espace, satisfaction, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Propriétaire  Locataire  Pensionnaire  Adresse inconnue Habite ce logement depuis : \_\_\_\_\_

Logement situé au : \_\_\_\_\_ étage Nombre de pièces : \_\_\_\_\_

Accès :  ascenseur  escalier intérieur, nombre de marches \_\_\_\_\_  escalier extérieur, nombre de marches \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non —  N

Oui —  O

### 2. SÉCURITÉ PERSONNELLE ET ENVIRONNEMENTALE (risque de chute, incendie, fugue, système téléphonique d'urgence, avertisseurs lumineux, télésurveillance, système de contrôle à distance, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires (besoins non comblés) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non —  N

Oui —  O

### 3. ACCESSIBILITÉ (barrières architecturales, emplacement des appareils, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires (besoins non comblés) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non —  N

Oui —  O

### 4. PROXIMITÉ DES SERVICES (épicerie, banque, église, buanderie, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non —  N

Oui —  O

**SYNTHÈSE** (contexte de l'évaluation, problèmes prioritaires décelés, attentes de l'utilisateur, facteurs de risque, orientations suggérées)

Lined writing area for the synthesis report.

+

+

+

+

+

Signature

Titre

Année

Mois

Jour

Date

ANNEXE IX:

EXEMPLE DE GRILLE DE PRIORISATION STANDARDISE (CSSS B)



## LISTE D'ATTENTE DU CENTRE DE JOUR

### Critères de mise en priorité

#### **Priorité 1**

(Délai d'une semaine)

- Situation de crise.
- Proche-aidant épuisé.
- Risque d'hospitalisation ou d'hébergement (ressources publiques) imminent.

#### **Priorité 2**

(Délai de trois semaines)

- Situation de crise potentielle.
- Risque d'épuisement du proche-aidant.
- Risque d'hébergement à court terme.

#### **Priorité 3**

(Délai de deux mois)

- Pas de risque de détérioration de la situation à court terme.
- Proche aidant pouvant compenser temporairement.
- Peu de risque d'hébergement prématuré.

#### **Priorité 4**

(Délai indéterminé)

- Faible risque de détérioration prévisible.
- Proche-aidant et/ou milieu de vie pouvant compenser.
- Pas de risque d'hébergement à court terme.

#### **Notes**

- ◆ Le Centre de Jour et l'hôpital de jour s'assureront qu'il n'y ait pas de bris de services pour certains usagers et ce, dans la perspective d'éviter des situations causant préjudice.
- ◆ Un seul des trois aspects (•) est nécessaire pour déterminer la priorité.

## ANNEXE X:

### CANEVAS DE RÉDACTION DE LA SYNTHÈSE OEMC (CSSS B)

## **Capsule Synthèse**

*Note : le texte a été repris in extenso mais la forme du document a été éditée*

La synthèse de l'OEMC sert à inscrire ce que l'évaluateur a identifié et cerné tout au long de l'évaluation comme étant la situation de vie et d'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur ainsi que ses besoins. L'évaluateur documente grâce à la synthèse tout ce qui lui apparaît pertinent et significatif pour offrir un tableau clair de la situation bio psychosociale de l'utilisateur.

### **Contexte de l'évaluation :**

Le contexte de l'évaluation sert à inscrire la raison qui a amené l'évaluateur à procéder à une évaluation complète de la situation d'un utilisateur. Les informations que nous devrions retrouver dans cette section consistent en une présentation succincte de l'utilisateur : EX : Homme de 83 ans, demeurant avec sa conjointe à domicile, évalué dans un contexte d'une demande de service d'aide au bain et de besoin de répit de la part de la conjointe. Les informations ont été recueillies auprès de M. et de sa conjointe.

### **Problèmes prioritaires décelés :**

L'évaluateur inscrit ici tout ce qu'il a identifié comme étant un problème lors de l'évaluation dans l'OEMC et ce sur quoi des interventions devront être planifiées. Les situations d'handicap sont aussi à inscrire dans les situations d'incapacité non compensées.

### **Attentes de l'utilisateur et des proches :**

Les attentes sont des informations importantes qui permettront de mobiliser le client et son environnement vers des pistes de solutions.

### **Facteurs de risques :**

Les facteurs de risques nous informent des enjeux et des difficultés qui pourraient compromettre la condition de l'utilisateur et son équilibre. Un problème identifié non retenu augmente les facteurs de risques. Par exemple, une situation de fatigue et de difficultés à composer avec la dépendance de l'utilisateur par l'aidant augmente les risques d'épuisement et peut compromettre le maintien à domicile. Un utilisateur qui a un jugement précaire avec un équilibre diminué peut présenter des risques de chutes. Un diabète non contrôlé peut amener des risques de détérioration de la santé, etc. Les facteurs de risques bien identifiés permettent à l'évaluateur de bien élaborer et planifier ses interventions.

### **Orientations suggérées :**

Les orientations et recommandations ne constituent pas le plan d'intervention mais sont utiles pour en élaborer le plan. Les orientations annoncent les avenues et trajectoires envisagées par l'évaluateur. La synthèse est l'espace le plus clinique de l'évaluation où le jugement de l'évaluateur quant à la situation évaluée sert à y transcrire son analyse et ses recommandations.

## ANNEXE XI:

LISTE DE L'ENSEMBLE DES INDICATEURS DE PERFORMANCE  
UTILISÉS DANS LES ENTENTES DE REDDITION DE COMPTE DU  
CHAMP DES SERVICES AUX PERSONNES AGÉES

## Liste de l'ensemble des indicateurs de performance utilisés dans les ententes de reddition de compte du champ des services aux personnes âgées.

### La numérotation des indicateurs correspond à la nomenclature standardisée utilisée par les ASSSS

1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC).

1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie.

1.3.6 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services.

1.3.7 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique.

1.9.4 Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.

4.1.1 Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée.

4.1.2 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée.

4.1.3 Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée.

4.1.4 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée.

4.1.5 Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale.

4.1.6 Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale.

4.1.8 Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus.

### Sources :

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (ASSSCA) (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ASSSE). (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*.