

The following material originates with an organization not subject to the Official Languages Act and is available on this site in the language in which it was written.

Le texte suivant provient d'un organisme qui n'est pas assujéti à la Loi sur les langues officielles et il est mis à la disposition du public dans la langue d'origine.

Fonds pour l'adaptation des services de santé Rapport final

Code de projet : **QC101**

Titre de projet : **Impacts du guichet unique en CLSC :
Utilisation des services et vécu des
intervenants**

Date de réception du rapport : **29 septembre 2000**

Le présent document est une version électronique du rapport final du projet mentionné en rubrique tel que le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé l'a reçu à la date précisée ci-dessus. Le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé n'assume aucune responsabilité pour la complétude et(ou) l'exactitude du rapport.

Si les coordonnées de la personne-ressource ne sont plus à jour, le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé ne peut s'engager à fournir une mise à jour des renseignements.

Si les auteurs du présent rapport ont préparé des versions subséquentes de celui-ci, le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé n'assume pas la responsabilité de fournir de tels documents.

Ce projet a été soutenu par une contribution financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du gouvernement fédéral, provinciaux ou territoriaux.

RENE-CASSIN

INSTITUT DE GERONTOLOGIE SOCIALE DU QUEBEC

IMPACTS DU GUICHET UNIQUE EN CLSC

Utilisation des services et vécu des intervenants

Montréal, septembre 2000

Auteurs :

Claude Larivière, Ph.D
École de Service Social, Université de Montréal

Esther Hockenstein, M.S.S.
CLSC René-Cassin /Institut de gérontologie sociale du Québec

Maria Elisa Montejo, Ph.D
Coordonnatrice de recherche,
CLSC René-Cassin /Institut de gérontologie sociale du Québec

Personne ressource :

Esther Hockenstein
CLSC René-Cassin /
Institut de gérontologie sociale du Québec
5800 boul. Cavendish, 2^e étage,
Côte Saint-Luc
Québec, Canada,
H4W 2T5
(ehockens@ssss.gouv.qc.ca)

Direction scientifique :

Claude Larivière
École de service social,
Université de Montréal
C.P. 6128 succursale Centre-Ville,
Montréal
Québec, Canada,
H3C 2J7
(claude.lariviere@umontreal.ca)

établissement affilié aux Universités de Montréal et McGill, et l'UQÀM

« Ce projet a été soutenu par une contribution du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada. Les points de vue exprimés dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la politique officielle du gouvernement fédéral, provincial ou territorial. »

SOMMAIRE

LE BUT DU PROJET DE RECHERCHE SUR L'IMPACT DU GUICHET UNIQUE EN CLSC

Ce projet est né d'un besoin ressenti au sein du Département de Services à domicile du CLSC René Cassin d'étudier les effets des transformations qui se sont produites suite à l'implantation du guichet unique dans les CLSC de Montréal.

Le guichet unique s'inscrit dans le cadre des modifications apportées au système de santé québécois dans le but de l'adapter aux besoins accrus de la population âgée. En novembre 1996, les Centres locaux des services communautaires (CLSC) de Montréal furent mandatés par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSSMC) pour implanter un projet de guichet unique qui visait la prise en charge de l'organisation des services aux personnes âgées à profil gériatrique, en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie.

Cette initiative faisait suite aux orientations ministérielles reliées à la reconfiguration du réseau. Ce projet vise à améliorer le soutien à domicile pour la clientèle ciblée par la gestion de cas, la coordination des services et aussi à rationaliser les dépenses publiques par la réduction du recours à l'hospitalisation ou à l'hébergement.

Le projet de recherche a débuté en avril 1998 et s'est terminé à la fin de septembre 2000. L'objectif principal du projet est de décrire et d'évaluer l'impact des modes de fonctionnement du guichet unique, dans chacun des sept CLSC participant à la recherche, sur l'utilisation des services par la clientèle « guichet unique », ainsi que l'impact de cette transformation sur les pratiques professionnelles et les intervenants.

En somme, nous voulions examiner les diverses façons employées par les CLSC montréalais pour implanter ce concept de point d'entrée du réseau de services socio-sanitaires, ainsi que les choix de modèles organisationnels permettant d'assurer l'accès aux services du maintien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie et la continuité de ceux-ci à travers la gestion de cas. Nous voulions connaître le processus d'implantation et les choix organisationnels faits dans divers CLSC montréalais. Il s'agissait aussi de comparer les modèles d'organisation de façon à identifier un modèle particulier d'organisation qui répondrait plus adéquatement aux objectifs du guichet unique tout en assurant aux intervenants un environnement de travail satisfaisant.

LE PUBLIC VISÉ

Ce type de projet de recherche est susceptible d'intéresser prioritairement les planificateurs des politiques ainsi que les décideurs en matière de santé et des services sociaux. Les résultats de la recherche mettent en relief jusqu'à quel point une formule comme celle du guichet unique peut être utile pour organiser des services auprès de clientèles définies. Elle peut contribuer à éclairer les décideurs sur les rôles et les habiletés spécifiques à la fonction de gestionnaire de cas qui sont différentes de celles des intervenants cliniciens.

De plus, les gestionnaires locaux des CLSC, qui ont entrepris des changements dans leur organisation, pourront évaluer la pertinence de leurs choix organisationnels et chercher des modèles mieux adaptés aux besoins des clientèles desservies. Les intervenants, appelés à jouer des nouveaux rôles et à

cumuler des responsabilités seront également intéressées à prendre connaissance des résultats.

LES MÉTHODOLOGIES ET LES ACTIVITÉS

Afin d'obtenir le matériel nécessaire à la recherche, nous avons eu recours à des méthodes qualitatives et quantitatives. Ainsi, les outils utilisés dans la recherche ont été élaborés en fonction des objectifs à atteindre.

Une première étape exploratoire nous a permis de nous familiariser avec le concept de guichet unique, de connaître le processus de l'implantation dans les sept CLSC partenaires de la recherche, au moyen d'entrevues individuelles, et de faire, par une première série d'entrevues de groupe, un tour d'horizon des perceptions des intervenants quant aux changements survenus dans l'organisation du travail.

L'analyse de ces entrevues nous a servi à la préparation d'outils de collecte de données qui ont été utilisés dans les sept CLSC. Ce sont d'une part, les questionnaires nécessaires pour aller chercher les informations sur la clientèle du guichet unique et l'utilisation des services et, d'autre part, une grille de questions à utiliser lors des entrevues individuelles auprès des intervenants qui exercent la fonction de gestionnaires de cas. Des questionnaires permettant de mesurer le risque d'épuisement professionnel et de détresse psychologique, le degré de satisfaction au travail et la perception du style de gestion de l'organisation ont été complétés par ces mêmes intervenants. Des données qualitatives servent ainsi à expliquer les résultats des analyses statistiques faites à partir des questionnaires utilisés dans la recherche.

LES CONCLUSIONS PRINCIPALES

L'implantation du guichet unique dans les CLSC montréalais s'inscrit dans les modes habituels d'organisation des services puisque la fonction de gestionnaire de cas et le statut des clients du guichet unique semblent tous deux s'être intégrés à la structure professionnelle des services déjà en place. Cependant, nous avons constaté qu'il y a un certain nombre d'éléments pour lesquels des changements significatifs sont intervenus même s'ils ne sont pas utilisés partout et de la même façon : l'accueil centralisé, la mise en place d'une équipe d'évaluation, le rôle de liaison des gestionnaires de cas et certains postes spécifiquement consacrés à des tâches reliées à la clientèle stable inscrite au guichet unique, avec ou sans services. Le tout est le résultat d'un cadre de référence assez large et sujet à diverses interprétations.

Il apparaît que la définition de la clientèle ciblée par le guichet unique a été acceptée et intégrée dans la pratique par les CLSC, même s'il existe un manque d'unification dans les critères à travers les établissements. D'après l'échantillon de recherche, la clientèle est principalement composée par des personnes âgées en perte d'autonomie importante. C'est une clientèle qui utilise une grande quantité de services et une grande variété de ceux-ci sont des services internes des CLSC et des autres organisations. Cela démontre la nécessité d'assurer une gestion de cas et une coordination des services. Cela contribue aussi à la complexité et la multiplication des tâches à accomplir par les gestionnaires de cas qui ressentent conséquemment une forme de surcharge.

En effet, l'impact du guichet unique sur l'utilisation des services et sur le travail des intervenants qui deviennent responsables de la gestion de cas est intimement lié. Les intervenants font état d'un nombre élevé de dossiers dans leur charge de cas (*caseload*). De plus, en raison de la détérioration de l'état

de santé de la clientèle de plus en plus âgée, cela nécessite l'utilisation d'une gamme plus complète de services pour la maintenir dans la communauté. Il faut enfin ajouter le fait que les dossiers identifiés comme relevant du guichet unique ne peuvent être fermés, même s'il n'y a plus d'interventions cliniques ou d'utilisation des services.

Notre échantillon comprenait aussi une clientèle qui n'a pas utilisé de services et qui, de façon générale, peut être considérée comme stable et relativement autonome. Pour cette clientèle, il semblerait y avoir peu de relances et peu d'activités préventives. Une autre partie de l'échantillon est composée par des personnes âgées qui n'ont pas de réseau de soutien et qui utilisent peu ou pas des services. Il serait donc important de mieux connaître cette population afin d'identifier ses besoins et de la rejoindre pour y répondre.

En raison de fait que les CLSC sont à la fois dispensateurs de services et responsables du guichet unique, nous observons l'apparition d'une double responsabilité qui n'est pas sans conséquences. Le double rôle d'intervenant et de gestionnaire de cas génère un certain inconfort chez des groupes professionnels. Les perceptions des intervenants quant aux habiletés nécessaires à la gestion de cas diffèrent également selon leur profession. Les groupes professionnels plus liés aux pratiques de soins physiques cherchent à combler les écarts entre leur formation professionnelle et le nouveau rôle de gestionnaires de cas. Les intervenants sociaux par contre, se sentent à l'aise avec des habiletés inhérentes à leur rôle, tels les habiletés organisationnelles et relationnelles, mais ils identifient un conflit entre la gestion de cas et la possibilité de réaliser des interventions cliniques psychosociales. Pour eux, leur identité professionnelle est remise en question par ce nouveau rôle qui semble difficile à concilier avec le maintien de compétences professionnelles cliniques dans un contexte multidisciplinaire.

Nous avons aussi constaté que la façon dont chaque CLSC s'est organisé pour assumer ce nouveau rôle se traduit par des choix structurels différenciés. Ceux-ci semblent avoir un impact facilitant ou non du point de vue des intervenants.

Il existe un mode d'organisation des services que se caractérise par le dégageant du gestionnaire de cas qui est aussi intervenant pivot de sa clientèle « guichet unique » une fois que l'intervention est stabilisée et que les services autres que la gestion de cas ne sont plus requis. Ce sont alors d'autres gestionnaires de cas qui prennent la relève tout en assurant le suivi et les relances pour cette clientèle.

De plus, il semble que le style de gestion des CLSC a une relation importante avec la facilité pour les employés d'accomplir leur tâche. Le style de la contingence se distingue nettement des styles de gestions plus traditionnels. Le style de gestion de la contingence est fondé sur une gestion souple où l'organisation cherche à utiliser au mieux le potentiel de son personnel pour satisfaire les besoins de la clientèle.

De façon générale, les gestionnaires de cas sont peu satisfaits de leur nouveau rôle soit parce qu'ils sont davantage orientés vers des préoccupations cliniques, soit en raison du fardeau considéré comme trop lourd. Nous observons un risque sérieux d'épuisement professionnel chez de nombreux gestionnaires de cas.

Le guichet unique devait contribuer à réduire la fragmentation dans la dispensation des services. Les gestionnaires de cas nous ont dit qu'il y a eu des améliorations significatives dans leurs relations avec les partenaires du réseau. Nous pouvons penser que la continuité est ainsi améliorée, bien que les problèmes de communication et de compréhension du rôle du gestionnaire de cas perdurent et que la

fragmentation qui existait se maintient. Cela signifie qu'il y a de multiples portes d'entrée pour les services.

LES RECOMMANDATIONS ET LES CONSÉQUENCES SUR LES POLITIQUES

Notre recherche fait ressortir les difficultés vécues par les intervenants qui ont un double rôle à jouer depuis l'implantation du guichet unique : celui d'intervenant clinique et celui de gestionnaire de cas. En plus, nous avons réussi à dresser un profil d'utilisation des services par la clientèle du guichet unique et nous avons identifié quelques éléments dans le mode d'organisation et dans le style de gestion des services de maintien à domicile qui facilitent des changements adéquats tout en respectant les objectifs de la mesure et les intérêts professionnels des intervenants.

Les recommandations que nous formulons sont les suivantes :

1. La clientèle visée par le guichet unique devrait être définie avec des critères plus précis, principalement pour celle à risque d'une perte d'autonomie. Cette clientèle distincte de la population déjà en perte d'autonomie, nécessite probablement une gestion de cas différente, axée sur des activités préventives.
2. Les partenaires du réseau public, des hôpitaux, les médecins et le réseau communautaire devraient être sensibilisés et formés à travailler de concert avec cette nouvelle forme d'organisation des services. Ils doivent accepter le rôle de coordination des gestionnaires de cas et contribuer au continuum des services.
3. Il faudrait établir des normes pour les *caseloads*, par rapport au nombre de cas à gérer, à la « lourdeur » des clients et à la multiplicité des activités et des services nécessaires pour permettre un maintien à domicile approprié. Ces normes pourraient sans doute servir à évaluer le fardeau des intervenants, à le réduire si nécessaire et à assurer leur mieux-être.
4. Dans l'organisation des services à domicile, il est important de conserver l'intervention clinique des professionnels. Il faudrait probablement distinguer clairement les rôles et des tâches liées à la gestion de cas dans le contexte du guichet unique et les confier à des intervenants spécialisés.
5. La variété et la complexité des fonctions que doivent accomplir les gestionnaires de cas nécessitent une formation adéquate aux habiletés spécifiques que requièrent ce rôle.
6. Les gestionnaires de cas présentent des symptômes importants de risque d'épuisement professionnel, principalement les intervenants sociaux. De plus, comme l'on démontré d'autres recherches, un nombre trop élevé de cas dans le *caseload* peut compromettre la qualité de la gestion de cas. Il faut donc prendre des mesures concrètes localement pour éviter l'épuisement professionnel.
7. Améliorer les styles de gestion dans les CLSC contribuerait sans aucun doute à faciliter les transformations et à rendre le climat de travail plus stimulant. Le style de gestion de la contingence est celui qui permet le mieux d'atteindre les objectifs de l'organisation, de satisfaire le personnel et d'assurer une bonne qualité des services à la population.

8. Comme nous avons constaté que de nombreuses personnes âgées sans réseau de soutien utilisaient moins les services, il y a lieu de mener une recherche approfondie pour mieux comprendre les motifs de cette situation.

Les conséquences sur les politiques

Notre recherche met en lumière une fois de plus l'importance de bien préparer (planifier, implanter et évaluer) l'introduction d'un changement, de consulter et de faire participer dans la mesure du possible les principaux acteurs concernés par de tels changements. Ce sont eux, en définitive, les mieux placés pour évaluer les conséquences du changement.

Au delà de l'implantation de la gestion de cas, si nous voulons que ces efforts améliorent sensiblement le fonctionnement des services, il faut que les gestionnaires de cas disposent d'une autorité réelle. L'impression qui se dégage de notre évaluation actuelle de l'implantation du guichet unique, est qu'il s'agit avant tout d'un processus d'aide à la coordination reposant davantage sur la bonne volonté des partenaires que sur l'autorité réelle des gestionnaires de cas.

BRÈVE DESCRIPTION DU BUT PRINCIPAL, DES OBJECTIFS ET DE LA PERTINENCE DU PROJET

Ce projet s'inscrit dans le cadre des modifications du système de santé québécois pour l'adapter aux besoins accrus de la population âgée. En novembre 1996, les CLSC de Montréal furent mandatés pour implanter un projet de guichet unique qui visait la prise en charge de l'organisation des services aux personnes âgées à profil gériatrique, en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie..

Cette initiative faisait suite aux orientations ministérielles reliées à la reconfiguration du réseau, dont le « virage ambulatoire ». Le « guichet unique » a été ajouté par la suite comme une mesure qui visait à améliorer le soutien à domicile pour la clientèle ciblée par la gestion de cas, la coordination des services et servait aussi à rationaliser les dépenses publiques, par la réduction du recours à l'hospitalisation ou à l'hébergement, choix plus onéreux. La recherche visait à examiner les diverses façons utilisées par les CLSC pour implanter ce concept de point d'entrée des services.

Le projet de recherche a débuté en avril 1998 et s'est terminé à la fin de septembre 2000. L'objectif principal du projet était de décrire et d'évaluer l'impact des modes de fonctionnement du guichet unique dans chaque CLSC participant à la recherche sur l'utilisation des services par la clientèle du guichet unique, soit les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque, ainsi que l'impact sur les pratiques professionnelles et les intervenants, tout en tenant compte des divers modèles d'organisation et d'identifier les styles de gestion perçus par les intervenants participants à la recherche.

OBJECTIFS ET PERTINENCE

La recherche est née d'un besoin exprimé par divers CLSC particulièrement au sein des services à domicile, de faire le point et d'évaluer la façon dont chacun des CLSC avait implanté localement le guichet unique. Par la suite, nous visions à les comparer et à tirer des conclusions sur l'efficacité de leur organisation des services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie.

En outre, la recherche s'inscrivait dans la préoccupation d'arrimer chercheurs et praticiens. C'est ainsi que les praticiennes du CLSC René-Cassin/IUGSQ se sont jointes aux chercheurs de son Centre de recherche pour entreprendre ce projet de recherche évalué comme très pertinent par la Régie régionale de Montréal-Centre. Notre recherche est donc la première évaluation du guichet unique montréalais.

ACTIVITÉS DE LA RECHERCHE

LES COLLABORATEURS ET L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

Lors de la formulation, la conceptualisation et la demande de subvention de la recherche, le projet était dirigé par Mme Dina Giannapoulos PhD, chercheure au Centre de recherche du CLSC René Cassin/IUGSQ. Experte dans l'évaluation des programmes, son engagement particulier était centré sur le développement et la supervision de la méthodologie ainsi que sur les outils utilisés durant les diverses étapes de la collecte de données. Elle assumait également le rôle de responsable des ententes avec les coordonnatrices des Services à domicile des sept CLSC participants. Dina Giannapoulos a quitté le CLSC René Cassin lors de la dernière année du projet et sa contribution fut limitée par la suite à un apport à la rédaction du rapport final.

Claude Larivière PhD, professeur à l'École de service social de l'Université de Montréal et chercheur associé de l'équipe de recherche depuis le début a assumé le rôle de chercheur principal au moment du départ de Dina Giannapoulos. Son expertise en recherche et en administration des services sociaux lui a permis de contribuer à tous les aspects du développement et de l'analyse de la recherche. Il a apporté une contribution particulière sur le contexte organisationnel des modèles de services et leurs impacts sur le vécu des gestionnaires de cas. Claude Larivière a également été impliqué dans la rédaction du rapport final.

Esther Hockenstein MSS, intervenante et superviseure psychosociale aux Services à domicile du CLSC René Cassin s'est chargée de toutes les dimensions cliniques contenues dans cette recherche ainsi que de celles touchant l'implantation instrumentale du guichet dans les CLSC. En collaboration avec Dina Giannapoulos, elle était responsable des relations avec les CLSC participants. Elle a été impliquée dans la rédaction et l'édition du rapport final.

Michael Stones PhD, directeur scientifique au CLSC René-Cassin/IUGSQ lors de la demande de subvention a contribué à la formulation du projet de recherche, puis il a quitté le Centre de recherche durant de la première année du projet. Il a inspiré le choix de la méthodologie et la sélection des questionnaires ; cependant, il n'a pas participé à l'analyse du matériel, ni à la rédaction du rapport.

Le Dr Howard Bergman, membre de l'équipe de recherche depuis le début du projet a agi en tant que consultant aussi bien au comité consultatif qu'au sein de l'équipe de recherche.

Maria Elisa Montejo, PhD fut recrutée par le projet en tant que coordonnatrice de recherche. Son champ d'expertise est l'ethnologie et les études des femmes, ainsi que la recherche qualitative. Elle a été impliquée à toutes les étapes de la réalisation du projet : cueillette de données, entrevues de groupes, révision des dossiers des clients, entrevues avec les intervenants ainsi que dans l'analyse des données et dans la rédaction du rapport final. Tout au long de la recherche, elle a assuré les liens entre les chercheurs et les assistants en faisant le suivi de chaque aspect de la recherche.

LES ASSISTANTS DE RECHERCHE

L'équipe de recherche a réuni les talents de plusieurs assistants de recherche. Diane Groves détentrice d'un *Graduate Certificate in Aging* a participé à la cueillette des données dans les CLSC et fut aussi responsable des bases de données. Céline Saint-Laurent MSc, a joué un rôle important dans la catégorisation, l'analyse des données qualitatives et contribua à la rédaction de différents documents. Aurelio Sita PhD et Stéphan Guérard MSc furent les consultants pour nos analyses statistiques. Mary-Lee Maurel MSc et Silvia Straka, candidate au doctorat, ont contribué à la revue de la littérature.

LE COMITÉ CONSULTATIF

Un comité consultatif a été formé dans le but d'apporter une contribution au projet dans une perspective de recherche et dans une perspective clinique, et ce, selon les domaines respectifs de chacun de ses membres. Nous trouvons parmi ces membres: Dr Howard Bergman, professeur à L'Université McGill ; François Béland et Sylvie Lauzon, professeurs à l'Université de Montréal; Nancy Guberman, professeur à l'Université du Québec à Montréal; Diane Martel, de la Direction de la Santé Publique à la RRSSMC; André Trépanier, de la Régie régionale de Montréal-Centre; Mireille Lemasson et Jacinthe Normand, de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec; Ghislaine Prévost et Nicole Héneault, du CLSC Cote des Neiges; Diane Dubé et Geneviève Roy, du CLSC St.-Laurent; Nicole Collette, du CLSC Verdun/Cote St-Paul ; Kathy L'Espérance de SIPA; Marie Amzallag et Maxine Lithwick, du CLSC René-Cassin.

LES CLSC PARTICIPANTS

Quatorze CLSC de la région de Montréal ont proposé de participer à la recherche, suite à l'invitation qui fut adressée à tous les CLSC de cette même région. Sept CLSC ont été sélectionnés pour participer à la recherche: il s'agit des CLSC Verdun/Côte St-Paul, CLSC Olivier-Guimond, CLSC René-Cassin, CLSC Côte des Neiges, CLSC des Faubourgs, CLSC La Petite Patrie et CLSC Pierrefonds. Le choix des participants sélectionnés est relié à leur caractère représentatif de la réalité socio-démographique et géographique du territoire et à l'importance des personnes âgées dans la population du territoire. Les gestionnaires des services de maintien à domicile (MAD) ont contribué à la recherche en nous fournissant l'information sur l'implantation du projet dans leur établissement et la formulation des problématiques. Elles ont contribué à nous faciliter le processus de la cueillette de données et de la participation des intervenants à la recherche.

LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

Nous pouvons identifier trois étapes chronologiques qui correspondent à des regroupements d'activités :

- La première est une étape exploratoire. Elle était nécessaire à la compréhension du guichet unique, son implantation et son organisation. Elle a commencé en avril et s'est terminée en août 1998. Cette étape comprend plusieurs activités dont le choix des CLSC partenaires de la recherche, la revue de

la littérature sur le « guichet unique (*single entry system*) » et la gestion de cas, des entrevues avec les gestionnaires des services de maintien à domicile et la première série d'entrevues de groupe avec des gestionnaires de cas et des superviseurs. L'analyse du matériel recueilli nous a servi à préparer la deuxième étape.

- La deuxième étape fut consacrée essentiellement à la cueillette des données dans les sept CLSC participants à notre recherche. Elle a débuté en septembre 1998 pour se terminer en août 1999. Elle est constituée de toutes les activités liées à l'étude des dossiers des clients « guichet unique » et à l'identification des gestionnaires de cas des dossiers étudiés. Nous les avons interviewés individuellement et ils ont complété des questionnaires fermés.

- La troisième étape est constituée par le traitement et l'analyse du matériel et la validation des résultats avec une deuxième série d'entrevues de groupe. Enfin, nous avons entrepris la préparation et la rédaction du rapport de recherche.

LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin d'obtenir le matériel nécessaire à la recherche, nous avons eu recours à des méthodes qualitatives et quantitatives. Ainsi, les outils utilisés dans la recherche ont été élaborés en fonction des objectifs à atteindre et, en ce sens, ils sont complémentaires.

Méthodes qualitatives

Avec ce type de méthodologie, nous voulions recueillir l'information nécessaire pour connaître le processus d'implantation du guichet unique et connaître ses répercussions sur les intervenants.

Des entrevues ont été réalisées avec les coordonnatrices des services de maintien à domicile de chacun des CLSC partenaires afin d'obtenir les informations liées à l'implantation du guichet unique sur les structures mises en place et sur les changements dans l'organisation du travail et l'allocation des services qui en a résulté. La documentation et l'information obtenues ont servi à tracer le portrait des modèles de fonctionnement du guichet unique utilisé par chaque CLSC.

Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec des intervenants, dont la plupart sont en même temps gestionnaires de cas, à trois moments précis de la recherche. Ces entrevues ont pris la forme d'entrevues de groupe (*focus groups*), au début et vers la fin de la recherche afin d'obtenir un portrait de leur situation vis-à-vis du guichet unique. De plus, 93 entrevues individuelles ont été réalisées avec des gestionnaires de cas. Nous voulions obtenir leur perception de leurs nouveaux rôles, responsabilités et activités quotidiennes. Leur discours sur cette expérience de travail comme intervenants et comme gestionnaires de cas a nourri notre analyse.

Méthodes quantitatives

Les outils utilisés sont principalement des questionnaires déjà existants et d'autres que nous avons élaborée afin d'obtenir les données quantitatives nécessaires à la poursuite de nos objectifs.

Pour mesurer le risque d'épuisement, la satisfaction au travail et la perception de l'organisation de la

part des intervenants qui assument aussi la fonction de gestionnaires de cas et pour comparer nos résultats avec ceux d'autres recherches, nous avons utilisé les questionnaires auto-administrés suivants :

- Le Maslach Burnout Inventory aussi connu comme le MBI (Maslach et Jackson, 1981), instrument qui vise spécifiquement à découvrir comment les personnes dont le travail consiste à donner des services à d'autres personnes (*human services or helping professions*) perçoivent leur travail et leurs relations avec la clientèle.
- L'Indice de détresse psychologique ou IDPSQ (Santé Québec, 1996), dont les items portent sur la fréquence de divers symptômes associés aux états dépressifs ressentis une semaine avant de répondre aux questions.
- Le questionnaire sur la perception de l'organisation et la satisfaction au travail, (Larivière, 1994), un instrument permettant au personnel des CLSC d'identifier les styles de gestion présents dans leur environnement de travail, leur niveau de satisfaction et l'efficacité organisationnelle perçue de leur organisation. Cet instrument permettait des comparaisons dans le temps puisque quelques CLSC partenaires dans cette recherche ont aussi été étudiés lors de la recherche effectuée par Larivière en 1994.
- Le test MIDAS (Stones & Kalopack, 1996) sur la personnalité donne des éléments pour mesurer l'intensité et la durée des humeurs positives ou négatives des répondants sur une base quotidienne.

Nous avons de plus élaboré un questionnaire pour obtenir des données socio-démographiques et professionnelles sur les intervenants participants.

Pour effectuer l'étude des dossiers des clients et en tirer les données nécessaires pour connaître l'impact du guichet unique sur l'utilisation des services, nous avons construit deux grilles :

- Une première grille pour l'étude des dossiers des clients, a servi à structurer les données démographiques consignées dans les dossiers des clients nous permettant de construire par la suite un portrait de la clientèle du guichet unique. De plus, nous avons compté le nombre d'interventions réalisées par le gestionnaire de cas et notées au dossier dans une période de temps donnée.
- Une deuxième grille a permis d'identifier les services utilisés par la clientèle ciblée durant la même période (*Portrait des ressources impliquées*). Les services en provenance du réseau formel étaient constitués de ceux offerts par le CLSC (services internes) et par les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux (services externes). D'autres services, donnés par les organismes communautaires et privés étaient également consignés.

Nous avons demandé à chaque gestionnaire des services de MAD de nous fournir une liste complète et anonyme des dossiers guichet unique, en indiquant la date d'ouverture, le nom et la profession du gestionnaire de cas. Nous avons stratifié les dossiers en deux groupes: l'un constitué de dossiers ouverts récemment et actifs durant au moins les trois mois précédant la recherche et l'autre, constitué de dossiers plus anciens, c'est-à-dire ceux provenant d'une clientèle déjà connue du CLSC. Nous avons donc analysé cinquante dossiers récents et le même nombre de dossiers anciens de façon à

constituer un échantillon d'une centaine de dossiers par CLSC. L'échantillon ainsi obtenu compte 685 dossiers. C'est donc à partir de ces dossiers que nous avons identifié les 93 gestionnaires de cas impliqués auprès de ces clients.

Une fois tout le matériel rassemblé, des analyses qualitatives et statistiques ont suivi. Des liens ont été effectués entre les diverses sources d'informations en vue de jeter un éclairage aussi complet que possible.

DESCRIPTION ET EXPLICATION DES ÉCARTS ET DES PROBLÈMES

La plupart des opérations de recherche furent réalisées tel que prévu. Toutefois, nous avons vécu deux écarts importants par rapport au protocole de recherche présenté au départ.

Le premier écart touche un des objectifs originaux de la recherche, celui qui voulait établir les coûts liés au maintien à domicile d'une population âgée dans le cadre du guichet unique. Après un examen des sources d'information disponibles, il a été convenu par l'équipe de recherche de ne pas entreprendre l'évaluation des coûts de services. En raison de la complexité de cet aspect et en tenant compte des ressources financières disponibles, il s'est avéré impossible de répondre convenablement à cette question de recherche et nous avons préféré consacrer nos efforts à approfondir les autres aspects. De plus, nous savons que d'autres projets, tant au Québec qu'au Canada, approfondissent cet aspect.

Le deuxième écart se rapporte au nombre de dossiers de clients du guichet unique nécessaires à la réalisation de la recherche. Dans notre devis de recherche, nous avons envisagé de prendre 200 dossiers par CLSC. Deux facteurs nous ont conduit à réduire notre échantillon à 100 dossiers (50 nouvellement ouverts et 50 dossiers anciens). Le premier repose sur le constat que peu de CLSC pouvaient nous fournir un tel volume de dossiers.

Le second, plus important pour le respect des objectifs de la recherche, repose sur le constat qu'avec 100 dossiers par CLSC nous parvenions à obtenir un échantillon satisfaisant des principaux intervenants agissant comme gestionnaires de cas. L'ajout de dossiers n'aurait pas modifié substantiellement le portrait obtenu. L'échantillon global est donc de 685 dossiers, ce qui est un nombre suffisant pour entreprendre des analyses statistiques. La différence entre 700 et 685 s'explique par le fait qu'un petit nombre de dossiers tirés au hasard ne rencontraient pas nos critères.

DESCRIPTION DES RÉSULTATS

L'IMPLANTATION DU GUICHET UNIQUE

Pour comprendre le processus d'implantation et d'application du guichet unique dans les CLSC montréalais, il faut rappeler très brièvement le concept et les objectifs du guichet unique tels que définis dans le cadre de référence donné par la RRSSSM-C.

La formule du guichet unique voulait établir un seul point d'entrée dans le réseau de la santé et des services sociaux, public, communautaire ou privé, et accompagner par la gestion de cas la population âgée de 65 ans et plus en perte ou à risque de perte d'autonomie. Les objectifs étaient de maintenir cette population le plus longtemps possible dans la communauté, de lui assurer un continuum de services approprié à ses besoins, tout en améliorant les services de soutien à domicile pour cette clientèle et son entourage et d'éviter la duplication des services et de combler les écarts.

Les nouvelles fonctions et responsabilités des intervenants appelés à accomplir le rôle de gestionnaires de cas sont décrites dans le « cadre de référence ». Ainsi, le gestionnaire de cas doit s'assurer de l'évaluation des besoins biopsychosociaux de la personne âgée, pour ensuite planifier, organiser et coordonner les services nécessaires avec cette dernière, son réseau de soutien et l'équipe multidisciplinaire. De plus, il est responsable du client et doit agir comme son représentant auprès des diverses ressources. Enfin, il s'occupe du suivi et de la réévaluation de la situation.

Dans le même document, la Régie a identifié quelques mécanismes pour faciliter la mise en pratique du guichet unique tels l'organisation d'un accueil centralisé, l'identification d'une personne par établissement responsable d'assurer la fonction de liaison, de bonnes relations entre le CLSC, le médecin traitant et les centres hospitaliers et, enfin, la standardisation des mécanismes pour envoyer et recevoir des références sur un client d'un établissement à un autre. De plus, la Régie a fait des recommandations qui vont dans le sens de promouvoir la continuité et la coordination des services entre le CLSC et les partenaires: l'identification rapide d'un gestionnaire de cas pour chaque client, l'évaluation du client et de son degré d'autonomie pour statuer sur la possibilité de son retour à domicile et pour la planification de ce retour.

Au moment de l'implantation, la Régie régionale a organisé une première formation réservée exclusivement aux intervenants des CLSC et qui s'est avérée très générale dans son contenu. Les partenaires du réseau public et communautaire n'étaient présents à cette formation.

Les CLSC montréalais ont entrepris l'implantation du guichet unique avec un encadrement flou. Chaque CLSC devait prendre l'initiative de réunir ses partenaires et d'établir avec eux des protocoles, des « façons de faire ». De plus, ce sont les CLSC qui ont dû créer ou adapter une grille qui servirait à l'identification de la clientèle du guichet unique. Dans ces conditions, il en résulta des différences importantes quant à la compréhension et à l'implantation du guichet unique. Nous n'avons pas tenté de comparer la définition de la clientèle du guichet unique d'un CLSC à l'autre. Toutefois, nous avons constaté que dans chacun des CLSC des différences importantes existaient. Quatre des sept CLSC nous ont dit que la clientèle « guichet unique » représente au moins 70 % de leur clientèle totale. Pour les trois autres, le pourcentage de cette clientèle varie entre 30 et 60 %.

Après avoir examiné l'implantation et l'organisation du guichet unique dans les sept CLSC

participants à la recherche, il est difficile d'avancer qu'il existe un véritable modèle des pratiques autour des interventions associées aux cas identifiés comme relevant du guichet unique, modèle qui serait transversal à un bon nombre ou à l'ensemble des CLSC. Globalement toutefois, nous constatons que l'introduction du guichet unique s'inscrit dans les modes habituels d'organisation des services qui existaient déjà. Ainsi la fonction de gestionnaire de cas et le statut des clients du guichet unique semblent s'être intégrés à la structure professionnelle des services déjà en place et cela se reflète, par exemple, dans les décisions de confier surtout ces rôles à des infirmières et aux intervenants sociaux ou encore d'inclure des intervenants en réadaptation.

L'organisation des ressources

L'organisation des ressources professionnelles dans les services de maintien à domicile varie d'un CLSC à l'autre. Le modèle classique d'organisation des services très utilisé en milieu urbain divise les ressources en équipes territoriales multiprofessionnelles. Ce modèle est présent dans cinq des sept CLSC étudiés. Dans les autres, les ressources sont organisées en fonction du profil de la clientèle. Pour la clientèle « guichet unique » la distinction est faite selon l'implication ou non des services du système socio-sanitaire et ou de la communauté. Cette variante, présente dans deux CLSC, prévoit des équipes multidisciplinaires pour les clientèles « avec services » et des gestionnaires de cas spécifiques assignés pour les clients guichet unique « sans services ». L'existence d'un processus de transfert des dossiers dans lesquels l'intervention active est terminée et où l'état du client est considéré comme « stable » vers un gestionnaire de cas qui se charge de faire des relances, est considéré comme un mécanisme afin de réduire la charge de cas.

Il est important de rappeler ici que les dossiers considérés comme relevant du guichet unique restent ouverts à long terme même si l'intervention est complétée et qu'ils ne reçoivent plus de services directs du CLSC. Plusieurs CLSC ont adopté une forme d'organisation des services qui sépare la clientèle ayant besoin de soins à court terme de celle qui nécessite des interventions à long terme de la part des membres des équipes multidisciplinaires.

En conséquence, la composition de la charge de cas varie énormément parmi les sept CLSC participants. Nous avons repéré des gestionnaires de cas dont la charge de cas (*caseload*) est exclusivement composée des cas guichet unique « avec » ou « sans services ». D'autres ont des *caseload* mixtes composés de clients du guichet unique « sans et avec services » et de clients nécessitant des soins à court ou à long terme. En général, la pratique nous démontre que c'est la problématique majeure du client qui détermine l'attribution de la profession d'un gestionnaire de cas.

Le gestionnaire de cas et ses fonctions

En ce qui concerne l'attribution d'un gestionnaire de cas pour la clientèle « guichet unique » tous les intervenants professionnels (infirmières, intervenants sociaux et intervenants en réadaptation) peuvent jouer ce rôle dans cinq des sept CLSC. Dans les deux autres, cette fonction est réservée aux infirmières et aux intervenants sociaux.

Dans les CLSC participants, les gestionnaires de cas sont généralement aussi des intervenants pivot qui font de l'intervention clinique pour la clientèle « guichet unique ». Ainsi, cette dualité des rôles est liée aux fonctions des départements de services à domicile qui sont en même temps des dispensateurs des services de première ligne et responsables de l'évaluation globale des besoins des clients, de l'organisation et de la coordination des services et du suivi, dont la gestion

de cas pour la clientèle du guichet unique. Nous avons identifié trois CLSC où il y a une certaine séparation des rôles pour une clientèle spécifique du guichet unique, soit celle qui ne reçoit pas des services, les « sans services ». Ce sont alors des gestionnaires de cas qui ne font pas d'intervention clinique.

Le mode d'implantation du guichet unique varie d'un CLSC à l'autre. Cependant, il faut reconnaître que, dans les faits, il y a un certain nombre d'éléments pour lesquels des changements significatifs sont intervenus même s'ils ne sont pas utilisés partout et de la même façon: l'accueil centralisé, la mise en place d'une équipe d'évaluation ou d'une modalité permettant l'évaluation rapide, ainsi que l'adoption généralisée du formulaire standardisé de la Régie permettant la référence inter-établissements ont contribué à accélérer le processus de réponse aux demandes d'aide à domicile en général, et pour la clientèle du « guichet unique » en particulier. De plus, le rôle de liaison de certains gestionnaires de cas, certains postes spécifiquement consacrés à des tâches reliées au guichet unique et une utilisation active d'une grille d'identification de la clientèle potentielle (la grille développée par le CLSC Notre Dame de Grâce) sont les éléments qui ressortent clairement.

Enfin, même si les CLSC ont fait des efforts pour augmenter la coordination entre les partenaires impliqués dans un dossier, notamment par l'utilisation du formulaire de référence inter-établissements, de l'assignation rapide du gestionnaire de cas et de l'organisation de rencontres de préparation d'un retour au domicile, nous avons trouvé que dans les pratiques, le rôle du gestionnaire de cas s'arrête à mieux concerter les contributions respectives de chaque dispensateur sans pouvoir leur imposer une perception commune des besoins de la clientèle. En ce sens, la fragmentation typique de notre système de soins et de services aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque n'a pas été transformée fondamentalement. Il ne faut pas oublier que l'environnement global dans lequel se situe cette implantation était lui aussi bousculé par le départ massif à la retraite d'intervenants expérimentés, la difficulté de les remplacer par des personnes aussi habiles, la pression pour la demande de services dans un contexte de restriction budgétaire et l'accentuation du virage ambulatoire.

Les changements dans l'organisation du système de santé et des services sociaux n'ont cessé de se succéder. Le virage ambulatoire et par la suite le guichet unique sont venus bouleverser les services de maintien à domicile dans les CLSC. Les demandes de services à domicile ne cessent d'augmenter et les intervenants se sentent débordés.

La nécessité d'établir des normes quant à la charge de travail des intervenants selon la composition de la clientèle se fait sentir dans tous les CLSC et ce non seulement de la part des intervenants mais aussi des gestionnaires de programmes et des superviseurs. Il faut développer le partenariat avec le réseau de services afin d'assurer à la clientèle du guichet unique un réel continuum de services.

L'IMPACT DU GUICHET UNIQUE SUR L'UTILISATION DES SERVICES

Un autre objectif était d'étudier l'impact du guichet unique sur l'utilisation des services par la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque et d'identifier les conséquences de ceci sur la charge de travail des gestionnaires de cas. À partir de l'étude des 685 dossiers des clients « guichet unique » des sept CLSC, nous avons des résultats concernant le profil de la clientèle, l'utilisation des services ainsi que les relations entre cette utilisation des services et la disponibilité d'un réseau de soutien. De plus, le rapport met en relation le type de professionnels gestionnaires de cas et l'utilisation des services, ainsi que le type et le nombre d'interventions notés au dossier pendant la période prédéterminée pour l'étude

de ceux-ci. Enfin, nous ferons quelques commentaires sur l'évaluation que font les intervenants pour la qualité des soins reçus par les personnes âgées considérées comme relevant du guichet unique.

Le profil de la clientèle du guichet unique

Il s'agit d'une clientèle très âgée: 54 % des personnes ont plus de 80 ans et ce sont majoritairement des femmes (70 %). Quant à leur statut marital, 50 % des personnes de notre échantillon sont veuves, alors que 32 % sont mariées. Une bonne partie de la clientèle du guichet unique, soit 68 %, réside dans un appartement. La langue d'usage est le français pour 65 % et l'anglais pour 30 %. Parmi l'ensemble des clients composant l'échantillon, la plus grande proportion se retrouve dans le groupe ayant un réseau de soutien formé d'au moins une personne (soit 93 %) alors que seulement 7 % n'aurait aucune personne proche.

Le profil d'utilisation des services

Notre grille des services utilisés par la clientèle guichet unique établissait trois catégories de services: les services internes au CLSC comprenant des services professionnels, des services d'aide à domicile et des programmes spéciaux; les services externes au CLSC, qui couvrent l'ensemble des services disponibles dans le système socio-sanitaire tels les médecins, les centres hospitaliers, les centres ou les hôpitaux de jour, les centres de réadaptation et d'hébergement. La troisième catégorie est composée par des services offerts par des organismes, communautaires, privés et autres, tels les repas communautaires, le transport et l'accompagnement, l'aide privée, les visites et les appels téléphoniques de bénévoles ainsi que des programmes de soutien financier ou juridique du gouvernement.

Il ressort clairement que la clientèle du guichet unique est une grande utilisatrice des services, peu importe leur provenance: 95 % a utilisé au moins un service à l'intérieur de la période d'étude du dossier. De plus, 70 % de cette clientèle consomme de deux à six services. Les services les plus utilisés sont les services internes, suivis des services externes et communautaires. Dans l'ensemble de l'échantillon, 45 % des clients du guichet unique utilisent au moins un service de chacune des catégories. De plus, nous avons souvent trouvé un plan d'intervention individualisé (PII) au dossier des clients du guichet unique lorsqu'ils utilisent plusieurs services; ainsi, le PII remplirait la fonction de coordination des services et assure le suivi qui en découle.

Nous avançons l'hypothèse que le guichet unique a en effet contribué à identifier la clientèle âgée *en perte importante d'autonomie* et qui nécessite des services réguliers. Cependant nous nous interrogeons si la population âgée à *risque de perte d'autonomie* n'aurait pas elle besoin d'une gestion de cas différente, plutôt centrée sur la prévention.

L'utilisation des services et la présence d'un réseau de soutien

Il semble que la disponibilité et l'implication d'un réseau de soutien soit directement en relation avec l'utilisation des services. Les clients du guichet unique dont le réseau de soutien est disponible utilisent davantage de services de santé et de services sociaux, ainsi que les services communautaires et autres. À l'inverse, les clients qui n'ont pas de réseau ou dont le réseau n'est pas disponible utilisent moins de services. Ainsi, seulement 2 % de la clientèle qui dispose d'un réseau de soutien n'utilise pas de services alors que cette proportion grimpe à 53 % pour la clientèle sans réseau. Comme nous n'avons pas pris contact avec les clients et leur réseau de soutien, nous ignorons si ce sont les membres de ce réseau qui incitent leurs proches à utiliser les services disponibles parce qu'eux-mêmes se sentent dépassés ou si c'est en raison du fait que, plus jeunes, ils connaissent mieux ces ressources.

Nous pouvons toutefois présumer que ce réseau de soutien joue le rôle de médiateur entre le client et les services et contribue sans doute à promouvoir l'utilisation de ceux-ci. Toutefois, la population âgée qui ne dispose pas d'un réseau de soutien est légèrement plus jeune que celle entourée de son réseau, ayant une moyenne d'âge respective de 77 et de 81 ans. Il se pourrait qu'une partie de cette population sans réseau n'ait pas encore besoin de services. Dans un cas comme dans l'autre, l'utilisation ou la non utilisation des services questionne l'impact du travail des gestionnaires de cas. Ces derniers sont considérés comme les représentants de cette clientèle sans réseau de soutien et donc responsables de leur assurer l'accès aux services. Or, il semble que la relation établie par les gestionnaires de cas avec les personnes âgées sans réseau de soutien ne soit pas suffisante pour les amener à utiliser les services autant que les personnes disposant d'un réseau de soutien.

Le groupe professionnel du gestionnaire de cas, l'utilisation des services et les interventions

À partir de l'échantillon de dossiers étudiés dans les sept CLSC partenaires, nous avons obtenu un groupe représentatif de 93 « intervenants-gestionnaires de cas », regroupés en trois groupes professionnels: les infirmières, les intervenants sociaux et les intervenants en réadaptation. La clientèle du guichet unique de notre échantillon est gérée à 54 % par des infirmières, à 41 % par des intervenants sociaux et à seulement 5 % par des intervenants en réadaptation.

En comparant les deux groupes les plus importants de professionnels par rapport à l'utilisation de services par leur clientèle respective, il ressort que les intervenants sociaux utilisent une gamme plus étendue de services que les infirmières. Ces dernières ont tendance à référer leurs clients aux services internes, particulièrement aux soins infirmiers. Par contre, les intervenants sociaux ont plus tendance à utiliser des services communautaires et privés pour leur clientèle.

Quant aux interventions notées aux dossiers par les gestionnaires de cas, elles peuvent seulement servir d'indices puisque chaque CLSC a ses propres pratiques de tenue de dossiers. Dans 68 % des dossiers de clients étudiés, il y a eu au moins une intervention notée de la part du gestionnaire de cas. En comparant les deux groupes d'intervenants, il ressort que les infirmières font beaucoup plus de visites à domicile que les intervenantes sociales qui, par ailleurs, font deux fois plus d'appels téléphoniques que leurs collègues.

Des interventions telles que les discussions de cas et les rencontres avec la famille d'un client sont aussi présentes dans les dossiers de clients gérés par les intervenants sociaux.

Ces résultats semblent suggérer que chaque profession met en pratique ses connaissances. Ainsi, les infirmières se centrent sur leurs compétences cliniques; les intervenants sociaux sont plus habitués à utiliser les ressources sociales et communautaires. Cela pourrait aussi constituer une sorte d'attitude de repli sur leur savoir faire traditionnel qui leur permet de renforcer leur identité professionnelle dans un contexte où la polyvalence est privilégiée et où la gestion de cas, qui met de l'avant des aspects organisationnels et bureaucratiques, les éloigne à leurs yeux des interventions cliniques propres à leur profession. Quant aux intervenants en réadaptation, leur petit nombre ne nous permet guère d'extrapoler à partir des informations recueillies sur leur contribution, souvent très reliée à la prédominance du besoin clinique en réadaptation.

La qualité de services reçus par la clientèle du guichet unique selon les perceptions des gestionnaires de cas

En général, les intervenants de toutes les professions perçoivent que les services donnés à la population âgée du guichet unique sont de bonne qualité et plus particulièrement, ceux dispensés par les CLSC. En ce qui concerne les services donnés par les hôpitaux, ils seraient loin de contribuer au continuum des services. Les services communautaires sont considérés comme importants pour un certain type de clientèle, mais nettement insuffisants. Quant aux suggestions pour améliorer les services, ils visent à augmenter les ressources financières et humaines en vue d'améliorer et d'augmenter les services pour la population âgée.

En somme, la clientèle du guichet unique de notre échantillon semble correspondre à la clientèle ciblée par la Régie régionale, soit une clientèle en perte d'autonomie importante, consommatrice de services en général et des services internes des CLSC en particulier. La présence d'un réseau de soutien contribue très positivement à l'utilisation de services. Il faudrait approfondir les besoins de la population âgée qui ne dispose pas d'un réseau de soutien et assurer un suivi qui permettrait de voir venir et même de prévenir des crises chez ces personnes. De plus, la clientèle dont le gestionnaire de cas est un intervenant social utilise une gamme plus étendue des services, ce qui semble démontrer une meilleure connaissance par les intervenants sociaux du panier des services disponibles.

Les intervenants cliniques qui font en même temps de la gestion de cas, pour une population dont l'utilisation des services est très large, doivent faire face à une augmentation de leur tâche reliée à l'organisation et à la coordination de ces services.

Le guichet unique n'a pas changé la fragmentation des services disponibles dans le réseau socio-sanitaire. Cependant, il sert de filet de protection pour l'ensemble de la clientèle âgée et particulièrement la clientèle en perte d'autonomie. Des activités préventives et des relances régulières peuvent sans doute contribuer à protéger davantage la population âgée à risque de perte d'autonomie, particulièrement celle sans réseau de soutien puisqu'elle semble moins utiliser les services disponibles.

L'IMPACT DU GUICHET UNIQUE SUR LES INTERVENANTS

Ce volet de la recherche consistait à recueillir auprès des intervenants chargés de mettre en application le guichet unique leurs perceptions de cette expérience. Il s'agissait donc de les interroger à différents moments de ce projet, c'est-à-dire peu après le début de l'implantation de ce service (première série de *focus groups*), durant les mois qui ont suivi cette première période (entrevues individuelles) et enfin deux années après son implantation (deuxième série de *focus groups*). Au cours de ces différentes étapes de l'étude, un grand nombre de thèmes reliés au guichet unique ont été abordés. Ces sujets ont trait, entre autres, à la formation, aux changements dans les pratiques, aux liens avec le réseau, aux tensions entre les professionnels, aux structures de soutien, etc.

Parmi ces divers aspects de l'expérience des intervenants, il convient de souligner quelques résultats significatifs sur leur perception du rôle et quant aux habiletés nécessaires pour accomplir la fonction de gestionnaire de cas, sur la charge de travail, le double rôle d'intervenant et de gestionnaire de cas et la difficulté de travailler en partenariat

Rôles et habiletés des gestionnaires de cas

Les intervenants de tous les groupes professionnels font état d'une série de rôles et fonctions qu'ils doivent accomplir et qui se rapprochent beaucoup de ceux définis par la Régie régionale. Ils donnent beaucoup d'importance aux activités liées à l'organisation des services: coordonner, gérer et livrer des services. Ensuite, ils soulèvent la question de leur rôle comme personne effectuant la liaison entre le client et le système. Ils sont aussi personnes ressource, responsables de la clientèle et répondant de celle qui n'a pas de réseau de soutien. De plus, les tâches d'évaluation, de suivi et de réévaluation sont aussi mentionnées mais de façon beaucoup moins importante que les trois premiers rôles. Quant à l'intervention clinique, elle est à peine mentionnée, sans doute parce qu'elle est intrinsèque à leur rôle de professionnel, lequel existait antérieurement à l'implantation du guichet unique.

Quant aux habiletés requises, elles sont de divers ordres et se différencient d'un groupe professionnel à un autre. Les infirmières considèrent certaines qualités professionnelles (compétence, expérience, efficacité, autonomie) comme indispensables à la gestion de cas. Elles mentionnent aussi la compréhension des situations nécessaires pour faire une bonne évaluation et les habiletés relationnelles, de communication et de négociation. Les intervenants sociaux soulignent l'importance des qualités organisationnelles pour répondre au rôle de gestionnaire de cas, suivi des qualités relationnelles et professionnelles. Les intervenants en réadaptation donnent priorité à la capacité de compréhension des situations, aux qualités relationnelles et à la connaissance des ressources du milieu. Ces différences reflètent les préoccupations de chacune des professions d'assumer les nouvelles responsabilités qui viennent avec le nouveau rôle.

La surcharge de travail

Un aspect fort critiqué de cette expérience par les praticiens est que le guichet unique a été une source de surcroît de travail pour eux. Cette surcharge de travail prend différentes formes. Il y a désormais un plus grand nombre de tâches à effectuer, une augmentation de la clientèle, de nouveaux mandats, de nouvelles formalités à remplir et des délais plus courts à respecter. De nombreux praticiens doivent s'occuper d'un grand nombre de cas actifs qui requièrent plus de travail, ce qui laisse constamment une impression d'essoufflement, de travail plus ou moins bâclé parce qu'on doit reporter ou même

négliger d'autres tâches moins urgentes mais jugées tout aussi importantes. Ce sentiment d'être débordé est dans certains cas amplifié par l'impression que les intervenants présents doivent fournir un travail supplémentaire pour pallier à l'absence de collègues malades qui ne sont pas remplacés faute de budget.

L'autre forme de surcharge a trait à l'aspect qualitatif du travail. Les intervenants se sentent surchargés par ce qu'ils nomment fréquemment la « lourdeur » de leur travail, celle-ci signifiant que les problèmes de leurs clients faisant partie du guichet unique sont plus graves qu'auparavant, notamment parce qu'ils sont plus âgés et de moins en moins autonomes. Ils perçoivent aussi leur travail comme étant plus lourd parce qu'ils ont la charge d'un plus grand nombre de dossiers qui « ne se ferment pas » (dossiers du guichet unique). Cette responsabilité à long terme leur pèse et certains d'entre eux disent se sentir responsables « à vie » de ces dossiers.

Le double rôle

Un autre trait marquant de cette expérience sur le vécu des intervenants est l'obligation d'avoir désormais à exercer le double rôle d'intervenant clinique et de gestionnaire de cas. Cette nouvelle fonction, jumelée à l'intervention, a occasionné l'obligation d'effectuer des tâches qu'il n'était pas nécessairement faciles de concilier au départ avec leur rôle d'intervenant et qui étaient, dans plusieurs cas, nouvelles. Ceci a impliqué, par exemple, de changer certaines habitudes de travail (infirmières) ou encore d'avoir à comprendre, à juger et à s'ajuster rapidement à des situations psychosociales complexes (infirmières, intervenantes en réadaptation). Pour les intervenants sociaux, la gestion de cas a été perçue par plusieurs comme un rôle plus ou moins conflictuel avec leurs valeurs d'intervenant social et qui est conséquemment susceptible de modifier l'aspect clinique de leur travail.

La surcharge de travail semble être l'élément dominant du contexte de pratique des « intervenants-gestionnaires de cas » et leur préoccupation principale est constituée par le peu de temps dont ils disposent pour accomplir l'ensemble de leur tâche. Le temps consacré à la gestion des cas limite celui disponible pour effectuer de l'intervention.

Une des conséquences de l'implantation du guichet unique sur les pratiques a donc été la nécessité pour les professionnels des trois disciplines de partager à des degrés divers selon les CLSC une zone de travail multidisciplinaire commune. Cela a semblé créer des tensions, particulièrement entre le groupe des infirmières et celui des intervenants sociaux. Certaines infirmières considèrent que la gestion de cas génère un contexte où le rôle de l'infirmière peut trop facilement déborder sur des tâches plus psychosociales alors que les intervenants sociaux n'ont pas à effectuer de tâches équivalentes du côté infirmier. En revanche, certains intervenants sociaux reprochent aux infirmières de prendre trop de place et déplorent que les composantes psychosociales de la clientèle soient négligées. Du fait que les infirmières accomplissent certaines tâches psychosociales plus légères, des intervenants sociaux se sentent chargés des interventions difficiles dans les situations les plus critiques.

La gestion de cas et le partenariat

Enfin, un dernier point marquant de cette expérience a été et continue d'être la nécessité pour les intervenants de s'assurer de la collaboration des divers organismes du réseau de la santé et des services sociaux. En général, ils reconnaissent que certains progrès ont été accomplis. Ainsi, la coordination avec les hôpitaux est meilleure qu'au début, l'information circule davantage, les intervenants des CLSC sont mieux identifiés qu'auparavant par le personnel hospitalier, des relations de collaboration existent entre intervenants de ces deux types d'institutions. Toutefois des difficultés subsistent. L'une des critiques les plus fréquentes est le manque de communication entre le personnel des hôpitaux affecté à la clientèle du guichet unique et les gestionnaires de cas des CLSC. Ceux-ci leur reprochent également leur méconnaissance du fonctionnement du guichet unique et des services disponibles au CLSC, leur manque de consultation auprès de ces derniers pour la planification des services lors d'un retour à domicile et leur vision différente à l'égard de la faisabilité ou non d'un maintien à domicile. Ils déplorent également (surtout les infirmières) depuis le début du projet le manque d'intérêt des médecins vis-à-vis du guichet unique, leur peu d'empressement à leur communiquer les renseignements nécessaires dans le cadre de ce service et leur faible disponibilité.

En somme, les intervenants n'ont pas remis en question le modèle du guichet unique lui-même. Ils ont plutôt critiqué le contexte de son application dans lequel plusieurs éléments ont rendu difficile la mise en œuvre de ce service. Parmi ces éléments, il faut mentionner en premier lieu le manque de ressources, surtout humaines. En nombre suffisant, celles-ci auraient permis d'absorber le surcroît de travail occasionné en partie par le guichet unique. Ce manque de ressources a contribué au contraire à maintenir une surcharge de travail et ainsi à générer un état de fatigue qui semble généralisé chez les intervenants. Ainsi, il n'est pas surprenant que les recommandations des répondants pour l'amélioration du guichet unique portent sur l'ajout de personnel et la limite du nombre de cas dont ils ont la charge. Chez l'ensemble des intervenants, on souhaiterait une augmentation des heures de services à la clientèle et davantage d'équipement pour les soins à domicile afin que les CLSC puissent offrir des services de qualité.

Parmi les autres éléments qui ont rendu difficile l'application du guichet unique, citons la formation préalable non adéquate (contenu peu clair et trop général) qui n'a pas joué un rôle de guide, chez les intervenants, pour l'intégration de nouvelles pratiques nécessitées par l'application du guichet unique. De façon plus large, l'absence de sensibilisation auprès des organismes du réseau, en particulier des hôpitaux, n'a pas facilité non plus l'établissement de liens de collaboration au départ, liens qui auraient pu être précieux dans la mise en œuvre d'un tel service. En ce qui a trait au rôle de ces partenaires, les gestionnaires de cas, particulièrement les intervenants sociaux, aimeraient que les liens avec les intervenants des hôpitaux soient plus égalitaires. De façon concrète, les modalités de collaboration devraient être établies, selon eux, par les gestionnaires des CLSC conjointement avec ceux des hôpitaux, afin que les « messages » des gestionnaires de cas soient bien compris à tous les paliers et qu'ils puissent participer davantage à l'organisation des plans d'intervention individualisés (PI) avec le personnel hospitalier.

Depuis la mise en place du guichet unique, certains progrès ont été accomplis, notamment une plus grande aisance dans l'exercice de leurs fonctions, une évolution dans le partage des tâches à l'intérieur des équipes, une meilleure identification de cette nouvelle organisation des services, l'établissement de liens avec les organismes du réseau et le secteur communautaire.

LES CARACTÉRISTIQUES ET LES PERCEPTIONS DES GESTIONNAIRES DE CAS

Nous avons demandé aux 93 gestionnaires de cas (chacun étant responsable d'au moins trois cas relevant du guichet unique) provenant des 7 CLSC de nous fournir un ensemble de données socio-démographiques les concernant afin de nous permettre de tracer un portrait de leurs caractéristiques et de disposer de variables pour croiser les données que nous accumulions à leur sujet. Nous leur avons ensuite demandé de remplir un certain nombre de questionnaires que nous avons sélectionnés en vue de mieux saisir le contexte de travail des gestionnaires de cas, notamment leur perception du fonctionnement de leur organisation et leur niveau de risque d'épuisement professionnel.

Les données socio-démographiques des gestionnaires de cas

Les gestionnaires de cas sont très majoritairement des femmes (87,1 %) âgées en moyenne de 40,5 ans, vivant maritalement (67,4 %), ayant une moyenne de 1,3 enfants. Elles sont principalement infirmières (48,4 %), puis intervenantes sociales (39,8 %) et intervenantes en réadaptation (11,8 %).

Elles ont accumulées en moyenne 6 années d'ancienneté au maintien à domicile où leur statut d'emploi est très majoritairement à temps plein (80 %). En plus d'être gestionnaires de cas elles assumant également le statut d'intervenantes pivot (90,3 %) et leur *caseload* relève principalement du guichet unique (60,0 %). De 1996 à 1998, 48,9 %, d'entre elles furent absentes pour congé d'étude, congé parental, congé maladie, accident de travail ou une autre raison.

Les variations de ces données selon les CLSC

L'âge moyen des gestionnaires de cas qui ont participé à la recherche varie peu d'un CLSC à l'autre. Le groupe le plus jeune travaille au CLSC 1 (37,1 ans) et le groupe le plus âgé au CLSC 3 (44,4 ans). L'ancienneté moyenne au maintien à domicile est la plus faible au CLSC 7 (4,1 années en moyenne) alors que la moyenne la plus élevée est observée au CLSC 2 (9,1 années). Nous avons également découvert des différences importantes entre le nombre total de dossiers que chaque CLSC confie à ses intervenants qui agissent comme gestionnaires de cas. Le nombre moyen de dossiers varie entre un minimum de 41,5 au CLSC 4 à 73,8 au CLSC 7 soit un écart de 77,8 %.

Évidemment, le nombre total est un nombre brut et peut varier selon la nature de ces cas et la demande de services qu'ils sont susceptibles de générer. C'est pourquoi nous trouvons plus important, dans le cadre de cette recherche de nous intéresser au pourcentage de dossiers considérés comme relevant du guichet unique au sein de cette charge moyenne de travail. Bien entendu, il nous faut être prudent avec les moyennes parce que certains CLSC ont des intervenants qui ne sont que gestionnaires de cas pour la clientèle du guichet unique alors que d'autres intervenants ont ce qu'il est convenu d'appeler des *caseloads* mixtes, comportant à la fois des clients pour lesquels le gestionnaire de cas est aussi l'intervenant clinique. L'analyse statistique met en valeur le fait que le CLSC 1 possède un plus haut pourcentage de dossiers guichet unique (87,3 %) que les CLSC 4 (32,0 %), 7 (51,4 %) et 6 (55,3 %). Enfin, si nous considérons le nombre moyen de dossiers guichet unique par intervenant, celle-ci varie de 13,2 à 59,5 dossiers.

Les styles de gestion des CLSC

Au-delà de ces données descriptives, c'est en considérant les styles de gestion perçus par le personnel que les éléments les plus significatifs apparaissent. Quatre styles de gestion sont ici considérés, deux traditionnels et deux novateurs. Les styles traditionnels sont les styles néo-taylorien et technobureaucratique :

- Le style de gestion néo-taylorien repose sur le contrôle du fonctionnement organisationnel par une direction centralisée des décisions.
- Le style de gestion technobureaucratique se traduit par la mise en place d'un contrôle par les normes professionnelles et administratives.

Les styles novateurs sont le style de la contingence et l'approche de l'excellence :

- Le style de gestion de la contingence est fondé sur une gestion souple où l'organisation cherche à utiliser au mieux le potentiel de son personnel pour satisfaire les besoins de la clientèle.
- L'approche de l'excellence vise l'utilisation efficiente des ressources.

Globalement, nous constatons que les styles traditionnels dominent légèrement dans cet échantillon de répondants (55,0 % versus 45,0 %) alors que trois styles obtiennent des scores moyens très voisins. En effet, l'approche de l'excellence (28,6 %), le style néo-taylorien (28,3 %) et technobureaucratique se distancent nettement de l'approche de la contingence (16,4 %).

Nous notons que le CLSC 3 obtient un score plus élevé quant à l'importance du style de gestion de la contingence (36,2 % des choix exprimés) que les CLSC 4 (seulement 3,6 %), CLSC 5 (7,8 %), CLSC 1 (12,7 %) et CLSC 2 (14,1 %). Inversement, le CLSC 3 obtient un score inférieur (20,7 %) que les CLSC 4 (26,8 %), CLSC 1 (35,1 %) et CLSC 7 (31,3 %) quant à la présence du style de gestion technobureaucratique.

L'efficacité organisationnelle perçue

Les CLSC diffèrent également selon leur efficacité organisationnelle perçue. Ainsi le style de gestion technobureaucratique, le style de la contingence ont un impact significatif. De façon plus spécifique, le CLSC 3 (ayant comme style de gestion principal, l'approche de la contingence) est perçu comme étant plus efficace que les CLSC 2 (ayant comme style de gestion principal, le style néo-taylorien), 4 (styles principaux de gestion : néo-taylorien et approche de l'excellence) et 6 (style principal de gestion, l'approche de l'excellence).

Les gestionnaires de cas plus âgés ont tendance à percevoir leur organisation comme étant plus efficace que leurs collègues plus jeunes. Cela rejoint une donnée de Larivière (1995) selon laquelle, passé un certain seuil d'âge, les répondants ont tendance à percevoir la situation plus positivement soit parce qu'ils disposent de plus d'expériences leur permettant de comparer les situations, soit parce que leurs attentes deviennent moins élevées.

L'indice de détresse psychologique

Au total, 43,4 % des gestionnaires de cas obtiennent un indice élevé de détresse psychologique à partir de l'instrument de Santé Québec, ce qui est assez comparable à ce que Bernier et Larivière avaient trouvé auprès des intervenants sociaux du Québec (1996), soit 45,6 %. Une plus grande proportion des gestionnaires de cas du CLSC 4 (92,3 %) que dans les autres CLSC se retrouvent parmi le groupe des gestionnaires de cas ayant un indice de détresse psychologique élevé selon l'IDPSQ. Un tel niveau apparaît nettement inquiétant. Le seul autre CLSC où le niveau de gestionnaires de cas faisant partie du groupe élevé atteint 50 % est le CLSC 5. Inversement, le CLSC 3 compte 76,9 % de ses gestionnaires de cas dans le groupe bas/moyen.

Deux seules variables contribuent à prédire significativement le niveau de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ). Tout d'abord, le style de gestion de la contingence l'influence positivement en réduisant ce niveau de détresse. Cela confirme que le style de gestion de la contingence facilite l'exercice des tâches des gestionnaires de cas.

Le groupe présentant un niveau élevé de détresse psychologique perçoit le style de gestion auquel il est soumis comme étant moins influencé par l'approche de la contingence et plus comme étant typique d'un style néo-taylorien lorsqu'on le compare au groupe de répondants avec un niveau de détresse variant de bas à moyen.

Le groupe ayant un indice élevé de détresse psychologique obtient aussi un score élevé pour la fréquence et l'intensité du risque d'épuisement (MBI) et dans l'échelle des humeurs négatives (MIDAS). Parallèlement, ces mêmes répondants perçoivent aussi leur organisation comme ayant un niveau moindre d'efficacité organisationnelle et ont, eux même, un niveau moins élevé de satisfaction au travail.

Les comparaisons entre les infirmières et les intervenants sociaux

Premier constat, les intervenantes sociales ont un score plus élevé de risque d'épuisement professionnel (MBI) que les infirmières. Par contre, les infirmières travaillent beaucoup plus à temps plein (91,1 %) que les intervenantes sociales (75,0 %) et ont une plus grande proportion d'absences du travail au cours des trois dernières années (57,7%) que les intervenantes sociales (36,1 %).

L'impact des années d'ancienneté au maintien à domicile

Les gestionnaires de cas qui ont davantage d'expérience au maintien à domicile sont moins satisfaites que leurs collègues moins expérimentés. Cela peut s'expliquer par le fait que de nouveaux employés éprouvent d'abord de la satisfaction à passer de la liste de rappel à une affectation à un poste, qu'il soit à temps plein ou à temps partiel. Après quelques années, le travail perd de son attrait original et les contraintes pèsent davantage. Par la suite, après de nombreuses années, le style de gestion (particulièrement s'il est de type traditionnel) réduit encore ce niveau de satisfaction.

L'impact des charges de cas

Pour faciliter l'analyse, nous avons constitué trois groupes avec les répondants selon le nombre moyen de dossiers dont ils sont responsables. Le groupe comptant le moins de dossiers est aussi celui des trois groupes dont le pourcentage de dossiers relevant du guichet unique est le plus faible. Logiquement, ceux dont la charge de cas est plus petite sont aussi ceux qui conservent des dossiers où ils effectuent des interventions cliniques propres à leur profession. Ils sont donc moins disponibles pour effectuer le suivi d'un grand nombre de dossiers relevant du guichet unique. Inversement, des gestionnaires de cas qui n'effectuent que des suivis de dossiers pour le guichet unique peuvent être responsables d'un plus grand nombre de dossiers puisque leur intervention n'est pas aussi approfondie.

Les facteurs de la satisfaction au travail

Le principal facteur qui contribue à prédire la satisfaction au travail est le style de gestion de la contingence, qui l'influence positivement. Cela signifie que plus le style de gestion est inspiré par l'approche de la contingence, plus le personnel est satisfait. C'est pourtant le style de gestion le moins présent, parmi les quatre, et il est le style le plus important dans un seul CLSC (CLSC 3). C'est aussi le CLSC où le personnel est le plus satisfait.

Inversement, plus le pourcentage de dossiers relevant du guichet unique est élevé, moins le personnel est satisfait. Nous pouvons penser que c'est en raison de leur préférence pour effectuer un travail clinique que les intervenants gestionnaires de cas voient leur satisfaction diminuer à mesure que des tâches en relation avec le suivi de cas relié au guichet unique se substitue à ce qu'ils étaient habitués de faire.

Les facteurs qui influencent le risque d'épuisement professionnel (MBI)

Encore une fois, il le style de gestion de la contingence contribue à réduire la fréquence du risque d'épuisement professionnel des gestionnaires de cas. Par contre, inversement, plus le gestionnaire de cas à une humeur négative (MIDAS) plus cela contribue à augmenter la fréquence du risque d'épuisement professionnel, les personnes manifestant davantage d'humeurs négatives étant davantage à risque.

Ici aussi l'âge du gestionnaire de cas joue un rôle positif en contribuant à atténuer la fréquence du risque d'épuisement professionnel à mesure qu'il s'élève, comme si les gestionnaires de cas plus expérimentés modifiaient leurs attentes ou savaient mieux se protéger. Une seule variable contribue à prédire significativement l'intensité de l'épuisement professionnel et il s'agit de l'importance des humeurs négatives (MIDAS). Plus il augmente, plus l'intensité du risque d'un épuisement professionnel s'accroît.

L'analyse globale des relations entre les variables

Rappelons tout d'abord que le sexe, la situation maritale, le nombre d'enfant(s), la profession, le statut d'emploi, le score obtenu sur l'échelle positive du MIDAS, les absences du travail des répondants n'influencent pas les résultats obtenus des répondants de cette recherche. Mis à part le statut d'emploi qui relève en grande partie du contexte organisationnel (bien que certaines personnes peuvent choisir de travailler à temps partiel), tous les autres facteurs sont reliés aux caractéristiques personnelles de répondants.

Par contre, nous avons trouvé des relations significatives entre de nombreuses variables. Nous les présentons en distinguant les caractéristiques personnelles du contexte organisationnel.

Les caractéristiques personnelles

Au niveau des caractéristiques personnelles, cinq éléments entrent en ligne de compte. Il s'agit de l'âge du gestionnaire, du nombre d'années de travail en maintien à domicile, du score obtenu sur l'échelle négative du Midas, du groupe de gestionnaires de cas obtenant un score élevé à l'indice de détresse psychologique de Santé Québec et de la fréquence et de l'intensité du risque d'épuisement professionnel au Maslach.

- *L'âge du gestionnaire de cas* contribue à prédire significativement la fréquence de l'épuisement professionnel (MBI) et contribue à l'atténuer à mesure que cet âge s'élève. Dit autrement, les jeunes gestionnaires de cas ont une tendance plus élevée (en termes de fréquence) à l'épuisement professionnel que leurs aînés. Par ailleurs, plus cet âge s'accroît plus la perception du niveau d'efficacité organisationnelle augmente. Il y a donc lieu d'être attentif au risque d'épuisement professionnel des jeunes intervenants.

- *Le nombre d'années de travail en maintien à domicile* augmente logiquement avec l'âge des gestionnaires de cas. Il est associé à la diminution de la satisfaction au travail particulièrement lorsque que ces intervenants travaillent dans un CLSC plus traditionnel (CLSC 2) où le style de gestion le plus important est néo-taylorien.

- *Le score obtenu sur l'échelle négative du Midas* contribue à accentuer le niveau de détresse psychologique (IDPSQ), à augmenter la fréquence et l'intensité du risque d'épuisement professionnel (MBI). Il est probablement difficile pour des personnes qui obtiennent un tel score de composer à la fois avec le stress inhérent à la multiplicité des dossiers à suivre dans le cadre du guichet unique.

- *Le groupe obtenant un score élevé à l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ)* perçoit le style de gestion comme étant plus néo-taylorien et moins contingent que le groupe bas/moyen, obtient aussi un score élevé au MBI (fréquence et intensité du risque d'épuisement), dans l'échelle négative du Midas, perçoivent leur organisation comme moins efficace et ont moins de satisfaction au travail. On comprendra qu'avec un pareil regroupement d'indicateurs ces personnes sont fortement à risque de vivre des problèmes de santé mentale. Il y a tout lieu de s'inquiéter sérieusement de la situation du CLSC 4 où plus de 90 % des gestionnaires de cas sont dans le groupe élevé.

- *Le risque d'épuisement professionnel* (Maslach et Jackson). Notons tout d'abord que la fréquence est reliée avec l'âge du gestionnaire de cas et diminue à mesure que cet âge s'élève. Elle diminue également avec l'importance du style de gestion de la contingence dans le CLSC. Par contre, elle augmente avec le score obtenu sur l'échelle négative du Midas. Quant à l'intensité du risque d'épuisement professionnel, elle est prédite significativement par le score obtenu sur l'échelle négative du Midas et augmente avec celui-ci. Notons finalement qu'un score MBI élevé (intensité et fréquence) est associé à un score élevé à l'IDPSQ.

Les caractéristiques organisationnelles

Au niveau du contexte organisationnel, six éléments entrent en ligne de compte. Il s'agit de chacun des CLSC, de la charge de travail des gestionnaires de cas, du pourcentage de celle-ci relevant du guichet unique, des styles de gestion, de la satisfaction au travail et de l'efficacité organisationnelle perçue.

- *Les CLSC* : le CLSC 3 se distingue nettement en raison de l'importance du style de gestion de la contingence et de la faiblesse du style technobureaucratique dans cet établissement. Cela contribue très positivement à rendre le travail agréable. Inversement, d'autres CLSC ont des styles beaucoup plus traditionnels (au moins 60 % des choix exprimés), notamment le CLSC 1 (le plus technobureaucratique), le CLSC 2, le CLSC 4 et le CLSC 5 (le plus néo-taylorien). Le style de gestion exerce une influence déterminante sur la satisfaction au travail, l'efficacité organisationnelle perçue, le score obtenu à l'indice de détresse psychologique et la fréquence du risque d'épuisement professionnel. Il mérite donc que des efforts soient faits pour l'améliorer.

- *La charge de cas (caseload)* : le CLSC 7 possède les plus grosses charges de cas, suivi du CLSC 1 alors que les CLSC 4 et 6 ont les plus faibles. Nous notons aussi que le groupe de gestionnaires de cas comptant le moins de dossiers se caractérise aussi par un plus grand nombre d'années d'ancienneté au maintien à domicile que les deux autres groupes (moyen, élevé). Enfin, le groupe comptant le moins de dossiers et aussi le moins de dossiers relevant du guichet unique est également celui des trois groupes dont le pourcentage de dossiers relevant du guichet unique est le plus faible.

- *Le pourcentage de dossiers relevant du guichet unique* est plus élevé au CLSC 1 qu'aux CLSC 4, 6 et 7 et plus il augmente, plus il influence négativement le niveau de satisfaction au travail.

- *Les styles de gestion* (Larivière) : l'approche de la contingence influence positivement la satisfaction au travail, le score obtenu à l'IDPSQ, contribue à prédire significativement le niveau perçu d'efficacité organisationnelle en l'augmentant et contribue à réduire la fréquence de l'épuisement professionnel (MBI). Inversement, le style de gestion néo-taylorien contribue à prédire significativement le niveau perçu d'efficacité organisationnelle en le réduisant et est perçu plus fréquemment comme étant le style de gestion auquel sont soumises les personnes ayant un score IDPSQ élevé.

- *Le niveau de satisfaction au travail* (Larivière) diminue avec l'augmentation du nombre d'années au maintien à domicile, chez les personnes qui obtiennent un score élevé à l'IDPSQ et avec l'augmentation du pourcentage de dossiers relevant du guichet unique. Inversement, il augmente avec le style de gestion de la contingence.

- *L'efficacité organisationnelle perçue* (Larivière) : le niveau s'élève avec l'âge du gestionnaire de cas et l'importance du style de gestion de la contingence. Par contre, il diminue avec le style de gestion néo-taylorien et chez les personnes qui obtiennent un score élevé à l'IDPSQ.

CONCLUSIONS

L'implantation du guichet unique dans les CLSC montréalais s'est inscrit dans les modes habituels d'organisation des services puisque la fonction de gestionnaire de cas et le statut des clients du guichet unique semblent tous deux s'être intégrés à la structure professionnelle des services déjà en place. Cependant, nous avons constaté qu'il y a un certain nombre d'éléments pour lesquels des changements significatifs sont intervenus même s'ils ne sont pas utilisés partout et de la même façon: l'accueil centralisé, la mise en place d'une équipe d'évaluation, le rôle de liaison des gestionnaires de cas et certains postes spécifiquement consacrés à des tâches reliées à la clientèle stable du guichet unique avec ou sans services autre que la gestion de cas. Le tout est le résultat d'un cadre de référence assez large et sujet à diverses interprétations.

Il apparaît que la définition de la clientèle ciblée par le guichet unique a été acceptée et intégrée dans la pratique par les CLSC, même s'il existe un manque d'unification dans les critères à travers les établissements. D'après la composition de l'échantillon de recherche, la clientèle est principalement composée par des personnes âgées en perte importante d'autonomie. C'est une clientèle qui utilise une grande quantité de services et aussi une grande variété de ceux-ci qu'il s'agisse des services internes des CLSC ou de ceux des autres organisations. Cela démontre la nécessité d'assurer une gestion de cas et une coordination des services. Cela contribue aussi à la complexité et la multiplication des tâches à accomplir par les gestionnaires de cas qui ressentent une surcharge de travail à travers l'accomplissement de ces nouvelles tâches.

Les intervenants font état d'une surcharge quasi permanente qui se manifeste concrètement par le nombre élevé de dossiers dans leur charge de cas (*caseload*). De plus, en raison de la détérioration de l'état de santé de la clientèle de plus en plus âgée cela nécessite l'utilisation d'un bon nombre de services pour les maintenir dans la communauté. En outre, il faut ajouter le fait que les dossiers identifiés comme relevant du guichet unique ne sont pas fermés, même s'il n'y a plus d'interventions cliniques ou d'utilisation de services.

Notre échantillon comprenait aussi une clientèle qui n'a pas utilisé de services et qui, de façon générale, semble être stable et encore relativement autonome. Une autre partie de l'échantillon est composée par des personnes âgées qui n'ont pas de réseau de soutien et qui utilisent peu ou pas des services. Il serait donc important de mieux connaître cette population afin d'identifier ses besoins et de la rejoindre pour y répondre.

En raison de fait que les CLSC sont à la fois dispensateurs de services et responsables du guichet unique, nous observons l'apparition d'une double responsabilité qui n'est pas sans conséquences. Le double rôle d'intervenant et de gestionnaire de cas crée un inconfort chez des professionnels. Les perceptions des intervenants quant aux habiletés nécessaires pour la gestion de cas diffèrent selon leur profession. Les groupes professionnels davantage liés aux pratiques de soins physiques cherchent à combler les écarts entre leur formation professionnelle et le nouveau rôle de gestionnaires de cas. Les intervenants sociaux se sentent à l'aise avec des habiletés inhérentes à leur rôle, tels les habiletés organisationnelles et relationnelles, mais ils identifient un conflit entre la gestion de cas et la possibilité de réaliser des interventions cliniques psychosociales. Pour eux, leur identité professionnelle est remise en question par ce nouveau rôle qui leur semble difficile à concilier avec le maintien de leurs compétences professionnelles spécifiques dans un contexte multidisciplinaire.

Nous avons aussi constaté que la façon dont chaque CLSC s'est organisé pour assumer ce nouveau rôle se traduit par des choix structurels différenciés. Ceux-ci semblent avoir un impact facilitant ou non du point de vue des intervenants. Ainsi, il existe un mode d'organisation des services que se caractérise par le dégageant pour le « gestionnaire de cas-intervenant pivot » de sa clientèle « guichet unique » une fois que l'intervention requise est complétée. Ce sont d'autres gestionnaires de cas qui prennent la relève tout en assurant le suivi et les relances pour cette clientèle.

De plus, il semble que le style de gestion des CLSC a un impact majeur sur la facilité avec laquelle les employés peuvent accomplir leur tâche. Le style de la contingence se distingue très nettement des styles de gestion plus traditionnels. Le style de gestion de la contingence est fondé sur une gestion souple où l'organisation cherche à utiliser au mieux le potentiel de son personnel pour satisfaire les besoins de la clientèle.

De façon générale, les gestionnaires de cas sont peu satisfaits de leur nouveau rôle soit parce qu'ils sont davantage orientés vers des préoccupations cliniques, soit en raison du fardeau considéré comme trop lourd. Nous observons un risque sérieux d'épuisement chez de nombreux gestionnaires de cas.

Le guichet unique devait contribuer à réduire la fragmentation dans la dispensation des services. Les gestionnaires de cas nous ont dit qu'il y a eu des améliorations significatives dans leurs relations avec les partenaires du réseau. Nous pouvons penser que la continuité est ainsi améliorée bien que les problèmes de communication et de compréhension du rôle du gestionnaire de cas perdurent et que la fragmentation qui existait se maintient. Cela signifie qu'il y a de multiples portes d'entrée pour les services et des tensions au moment de leur coordination.

Notre recherche fait ressortir les difficultés vécues par les intervenants qui ont un double rôle à jouer depuis l'implantation du guichet unique, celui d'intervenant clinique et celui de gestionnaire de cas. Nous avons dressé un profil d'utilisation des services par la clientèle du guichet unique et identifié des éléments dans la structuration des services et le style de gestion du maintien à domicile qui facilitent des changements adéquats tout en respectant les objectifs de la mesure et les intérêts professionnels des intervenants. Nous formulons les recommandations suivantes:

1. La clientèle visée par le guichet unique devrait être définie avec des critères plus précis, principalement pour celle à risque d'une perte d'autonomie. Cette clientèle distincte de la population déjà en perte d'autonomie, nécessite probablement une gestion de cas différente, axée sur des activités préventives.
2. Les partenaires du réseau public, des hôpitaux, les médecins et le réseau communautaire devraient être sensibilisés et formés à travailler de concert avec cette nouvelle forme d'organisation des services. Ils doivent accepter le rôle de coordination des gestionnaires de cas et contribuer au continuum des services.
3. Il faudrait établir des normes pour les *caseloads*, par rapport au nombre de cas à gérer, à la « lourdeur » des clients et à la multiplicité des activités et des services nécessaires pour permettre un maintien à domicile approprié. Ces normes pourraient sans doute servir à évaluer le fardeau des intervenants, à le réduire si nécessaire et à assurer leur mieux-être.

4. Dans l'organisation des services à domicile, il est important de conserver l'intervention clinique des professionnels. Il faudrait probablement distinguer clairement les rôles et des tâches liées à la gestion de cas dans le contexte du guichet unique et les confier à des intervenants spécialisés.
5. La variété et la complexité des fonctions que doivent accomplir les gestionnaires de cas nécessitent une formation adéquate aux habiletés spécifiques que requièrent ce rôle.
6. Les gestionnaires de cas présentent des symptômes importants de risque d'épuisement professionnel, principalement les intervenants sociaux. De plus, comme l'on démontré d'autres recherches, un nombre trop élevé de cas dans le *caseload* peut compromettre la qualité de la gestion de cas Il faut donc prendre des mesures concrètes localement pour éviter l'épuisement professionnel.
7. Améliorer les styles de gestion dans les CLSC contribuerait sans aucun doute à faciliter les transformations et à rendre le climat de travail plus stimulant. Le style de gestion de la contingence est celui qui permet le mieux d'atteindre les objectifs de l'organisation, de satisfaire le personnel et d'assurer une bonne qualité des services à la population.
8. Comme nous avons constaté que de nombreuses personnes âgées sans réseau de soutien utilisaient moins les services, il y a lieu de mener une recherche approfondie pour mieux comprendre les motifs de cette situation.

Notre recherche met en lumière une fois de plus l'importance de bien préparer (planifier, implanter et évaluer) l'introduction d'un changement, de consulter et de faire participer dans la mesure du possible les principaux acteurs concernés par de tels changements. Ce sont eux, en définitive, sont les mieux placés pour évaluer les conséquences du changement proposé.

Au delà de l'implantation de la gestion de cas, si nous voulons que ces efforts améliorent sensiblement le fonctionnement des services, il faut que les gestionnaires de cas disposent d'une autorité réelle. L'impression qui se dégage de notre évaluation actuelle de l'implantation du guichet unique montréalais est qu'il s'agit avant tout d'un processus d'aide à la coordination reposant davantage sur la bonne volonté des partenaires que sur l'autorité réelle des gestionnaires de cas.

PLAN DE DIFFUSION

Publics primaires et secondaires visés

Ce type de projet de recherche est susceptible d'intéresser prioritairement les gestionnaires de services à domicile dans les CLSC chargés de mener des changements significatifs. Ce projet concerne également les décideurs des CLSC et des régies régionales qui sont responsables du financement et de l'évaluation de la dispensation des services à une clientèle qui s'accroît en termes de quantité et de lourdeur. Par ailleurs, il intéressera aussi les praticiens qui vivent de tels changements dans la pratique et qui s'interrogent non seulement sur la pertinence des choix organisationnels (en cherchant des modèles mieux adaptés aux besoins de la pratique) et qui s'interrogent aussi sur des aspects relatifs à leur identité professionnelle. Le projet pourra également intéresser les personnes chargées de la formation des professionnels. Enfin, il pourra enrichir la réflexion des chercheurs qui s'intéressent aux processus de changement et à leurs conséquences.

Méthodes à utiliser pour rejoindre les publics visés et échéanciers

Des présentations seront offertes aux gestionnaires des CLSC partenaires du projet. Elles porteront sur les aspects spécifiques à leur environnement en relation avec les résultats de la recherche et les recommandations qui en découlent. La présentation du rapport au comité consultatif composé de décideurs, d'universitaires et de chercheurs permettra de diffuser les résultats et les recommandations. Une journée d'étude sera organisée pour les CLSC de la région Montréal-Centre ainsi que d'autres CLSC du Québec afin de stimuler une réflexion commune sur le sujet. Des conférences seront données à l'occasion des congrès de l'Association internationale des assistants sociaux, de l'Association canadienne en gérontologie, de l'Association canadienne des soins à domicile (CHCA), de l'Association canadienne française pour l'avancement des sciences (ACFAS) et de l'Association canadienne des infirmières. De plus, le rapport sera disponible sur le site Internet du CLSC René-Cassin (www.geronto.org).

Revue particulière auxquelles vous proposerez des articles

Les résultats feront l'objet d'articles proposés tant au Québec (*Bien Vieillir* du CLSC René Cassin/IUGSQ, *Nouvelles pratiques sociales*, *Le Gérontophile*, le bulletin de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec); au Canada (*la Revue canadienne du vieillissement*) et aux États-Unis (*Journal of Gerontological Social Work*, *Journal of Case Management*).

ANNEXES

Une version en anglais de ce rapport final sera disponible. De plus, le rapport détaillé de cette recherche sera disponible prochainement.