



paramètres

Yves Couturier, Dominique Gagnon,  
Louise Belzile *et* Mylène Salles

# La coordination en gérontologie



**Les Presses de l'Université de Montréal**

Extrait de la publication



## **LA COORDINATION EN GÉRONTOLOGIE**



Yves Couturier, Dominique Gagnon,  
Louise Belzile et Mylène Salles

# **LA COORDINATION EN GÉRONTOLOGIE**

**Les Presses de l'Université de Montréal**

Extrait de la publication

Le présent ouvrage s'inscrit dans le cadre des travaux de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services.

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

La coordination en gérontologie

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7606-3172-4

1. Service social aux personnes âgées - Québec (Province) - Planification. 2. Service social - Québec (Province) - Approche intégrée. 3. Personnes âgées, Services aux - Québec (Province) - Planification. 4. Service social aux personnes âgées - Planification. I. Couturier, Yves, 1966- .

HV1475.Q4C66 2013

362.6'309714

C2013-940187-3

ISBN (papier) : 978-2-7606-3172-4

ISBN (pdf) : 978-2-7606-3174-8

ISBN (epub) : 978-2-7606-3173-1

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2013

Les Presses de l'Université de Montréal reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour leurs activités d'édition.

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

IMPRIMÉ AU CANADA

## PRÉFACE

# **La coordination du point de vue des personnes âgées**

Comme le disait une aînée à son intervenant gestionnaire de cas : « Tu es comme le Bon Dieu, tu es partout où je suis... »

Si on décide de construire un pont, de rajeunir les quartiers d'une ville ou d'inventer un jeu vidéo, on reconnaît facilement la nécessité de cerner les habitudes et les besoins des consommateurs et de former une véritable équipe composée de divers experts. La complexité biopsychosociale de l'être humain en interaction constante avec un environnement qui est tout aussi complexe et multidimensionnel (physique, politique, social, économique, familial, culturel, etc.) exige une conscience collective de l'« interdépendance » des multiples savoirs et savoir-faire. Cette reconnaissance universelle et scientifique permet d'assurer une réponse individualisée et adaptée aux besoins des personnes vieillissantes et vulnérables. Quel que soit le programme politique, la théorie à la mode, la nécessité d'une meilleure « intégration » de nos actions s'impose constamment dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'intégration des services est toujours utile et nécessaire pour la santé et le bien-être, surtout pour les personnes les plus vulnérables de notre société, tant en période de restrictions budgétaires qu'en période de croissance. Sans concertation ni coordination, on risque de ne pas avoir accès à une gamme de services adaptée aux besoins de l'ensemble de la population aînée et de ne pas pouvoir donner le bon service à la bonne personne, au bon moment et

au meilleur coût, tant sur le plan humain que social. D'où la nécessité, pendant encore une longue période de temps, de renouveler nos façons de faire en « équipe ». C'est une vision et une culture à développer à tout moment et à défendre avec les nouveaux intervenants et décideurs.

Tous les clients doivent pouvoir compter sur la présence d'un mécanisme de coordination lorsqu'ils reçoivent des soins, mais ils n'ont pas tous besoin d'un intervenant attitré ou d'un accompagnateur désigné pour coordonner les services. En 1997, à la fin d'une présentation sur le continuum de services et la coordination des services que j'ai faite devant un groupe d'aînés, un participant est venu me dire à peu près ceci : « J'ai ou j'ai eu un courtier de voyage, d'assurance, de gestion financière... mais j'espère que je n'aurai jamais besoin de votre coordonnateur de services, de votre courtier de santé... Mais je suis extrêmement rassuré de savoir qu'il existe chez nous et qu'il est prêt à accompagner un voisin, un ami, ou moi-même en cas de besoin... »

En situation de vulnérabilité, les aînés et leurs proches aimeraient avoir à leurs côtés un intervenant proactif, avec une « pensée rusée » (telle qu'elle est décrite par les présents auteurs), qui prévoit en même temps les situations favorables et les situations dangereuses, et qui cherche dans les mailles des réseaux de services des solutions répondant à leurs besoins, et cela aussi longtemps que nécessaire, sans égard aux types de services requis, dans une communauté ouverte et solidaire. Pour ce faire, l'intervenant (et aussi toutes les équipes de soignants) est reconnu comme tel et parfaitement outillé pour agir comme « porte-parole désigné » et « médiateur » et aussi pour transmettre les connaissances et les informations en temps opportun. Cet intervenant a besoin de communiquer, en personne, par téléphone, par courriel, par Internet, etc., avec la personne concernée, les proches, le voisin, le médecin de famille, l'infirmière en groupe de médecine familiale, avec les intervenants des soins à domicile, avec les équipes interdisciplinaires, avec les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, l'administration municipale ou tout autre partenaire intersectoriel.

Pour intégrer les services, il ne suffit pas de responsabiliser quelques acteurs et de mettre en place un certain nombre de mécanismes. C'est un processus continu, une façon de décider et de travailler de tous les intervenants et gestionnaires des centres de santé et de services sociaux et de leurs partenaires intersectoriels. Comme disent avec beaucoup d'à-propos



les auteurs (p. 125): « ce n'est pas la gestion de cas qui produit l'intégration, bien qu'elle en constitue cependant la composante professionnelle cruciale permettant son adaptation à l'infinité des situations cliniques particulières. Dans un contexte organisationnel donné, n'implanter que la gestion de cas, sans l'insérer dans un dispositif plus large d'intégration des services, n'a pas plus d'effet que de repeindre les murs de l'établissement d'une nouvelle couleur. »

Bien que l'importance de l'accès à ce type de coordination « dédiée » (selon les auteurs de ce livre) aux personnes vieillissantes et vulnérables soit intuitivement comprise, différentes manières d'envisager la fonction « clinique » de la pratique de gestion de cas sont toujours possibles au Québec, ce qui donne lieu à de faux débats sur son application, sur la façon de l'implanter, spécialement chez les agents de notre réseau de santé. En tant que routière du réseau de la santé, je me crois autorisée à exprimer le vœu que tous les décideurs, gestionnaires, médecins et spécialistes prennent le temps de lire le présent ouvrage. Une compréhension commune de la « coordination dédiée » doit être la première étape d'un projet intégrateur. Cela permet d'élaborer un plan partagé de ce qu'il est nécessaire de bâtir ensemble dans un réseau local de services. Surtout si l'on veut que la présente réforme dans le domaine de la santé soit non pas une nouvelle illusion ou un virage qui nous fasse revenir à nos pratiques traditionnelles, mais plutôt un *processus* aboutissant à une intégration et à une amélioration continues des services sociosanitaires québécois.

Lucie BONIN, médecin



# Introduction

*Yves Couturier*

Pour les situations complexes d'intervention gérontologique, qui concernent les personnes âgées en perte d'autonomie, il est maintenant reconnu qu'une coordination plus étroite des diverses interventions nécessaires pour pourvoir à l'ensemble des besoins de ces personnes accroit de façon substantielle la qualité des services qu'elles reçoivent et, par le fait même, leur qualité de vie. Le présent ouvrage expose et discute les principes et les concepts sur lesquels se fondent les pratiques de coordination, ainsi que les méthodes susceptibles de guider les coordonnateurs dans leur travail.

Le livre aborde ces principes et concepts sous l'angle spécifique des pratiques professionnelles du travail social, surtout celles qui visent à renforcer la coordination ordinaire, réalisée au quotidien dans le cadre de toute intervention, par la pratique de « coordination dédiée », soit une coordination qui permet de rendre cohérents les processus organisationnels et professionnels mis en œuvre dans des situations cliniques complexes. Le livre traite également des principaux outils servant à cette mise en œuvre, pensons notamment aux modèles conceptuels, à certains instruments cliniques, etc.

Cet ouvrage s'adresse spécialement aux travailleurs sociaux, c'est-à-dire aux professionnels qui, par leur formation et le mandat social qu'ils ont reçu, sont appelés à activer et reconstituer des liens sociaux. Ce choix est pour ainsi dire naturel, puisque c'est ce groupe professionnel que nous connaissons le mieux. Nous estimons aussi que ce groupe possède, quoique de façon non exclusive, les compétences nécessaires pour exercer cette fonction complexe et essentielle de coordination dédiée. La

contribution des travailleurs sociaux à cette forme de coordination est d'ailleurs reconnue tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, puisque c'est ce groupe professionnel qu'on sollicite le plus souvent pour occuper la fonction de coordonnateur.

Dans les quatre premiers chapitres, nous exposons les diverses raisons qui motivent l'affectation de ressources professionnelles, traditionnellement réservées à des interventions directes, à ce que nous appelons la coordination dédiée. Par la suite, le chapitre 5 décrit en détail la pratique de la gestion de cas. Cette dernière n'est pas la seule ni la meilleure forme de coordination dédiée, mais elle est sans doute la plus commune et, donc, la plus utile à analyser pour mieux comprendre la coordination dédiée. Le chapitre 6 montre en quoi cette forme de coordination converge avec les compétences professionnelles des travailleurs sociaux. Enfin, dans le chapitre 7, nous faisons une analyse de la fonction fondamentale de la coordination, qui consiste à transformer de façon durable les situations gérontologiques, c'est-à-dire la fonction de médiation.

## CHAPITRE 1

# **La coordination ordinaire et la coordination dédiée**

*Yves Couturier*

L'objet de ce livre, la coordination, est une pratique que tout le monde connaît et expérimente au quotidien. Elle est en effet constamment au cœur de nos vies. Pourquoi alors en traiter si longuement ? Parce que sa forme ordinaire rend difficile de concevoir ce que nous désignons comme la coordination dédiée. Ainsi, de façon à analyser cet objet avec toute la précision qu'il requiert, nous distinguons dans le présent chapitre deux formes de coordination, dont l'une, celle que nous appelons la coordination dédiée, concerne tout particulièrement certaines tâches professionnelles effectuées auprès de clientèles dont la situation présente une certaine complexité, comme c'est le cas des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour illustrer en quoi la coordination ordinaire, celle de tous les jours, diffère de celle que nous qualifions de dédiée, nous décrirons une situation que nous avons observée.

À l'occasion de notre participation à une étude sur l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, nous avons pris part à une réunion des représentants de quelques organisations gérontologiques travaillant sur un même territoire. En tant que chercheurs, nous expliquons notre intérêt pour les questions relatives à l'intégration des services, notamment pour celles qui concernent les pratiques professionnelles de coordination de services auprès de personnes âgées en perte d'autonomie. D'une seule voix, l'assemblée estima être des plus performantes à ce

chapitre. Plus encore, chacun déclara que la coordination était depuis toujours au cœur de sa pratique. D'ailleurs, au cours d'entrevues individuelles ayant précédé cette rencontre, chacun nous avait affirmé avec conviction qu'il était l'acteur qui se situe au centre de tout, que l'ensemble des actions de coordination se rapportant aux personnes âgées en perte d'autonomie reposait sur ses épaules. Comment cela serait-il possible? Pouvez-vous concevoir une roue ayant plusieurs centres? Les présentations faites, nous passons aux choses sérieuses, c'est-à-dire aux points prévus à l'ordre du jour. Pendant toute la rencontre, qui a duré trois heures, les participants ont discuté sans désespérer de problèmes interorganisationnels et interprofessionnels auxquels ils ont eu à faire face dans leur travail quotidien, sans établir le moindre lien avec un quelconque manque de coordination. Alors que chacun prétendait être capable d'assurer une bonne coordination, puisque cela faisait partie de son rôle, les questions discutées montraient clairement selon nous, observateurs de l'extérieur, qu'il y avait des problèmes de coordination qui n'étaient absolument pas perçus comme tels. Que comprendre de cet apparent paradoxe, alors que nos interlocuteurs se jugeaient très compétents en matière de coordination? C'est qu'il y a confusion entre deux formes de coordination.

La coordination, dans son sens général, est une activité qui concerne chacun de nous. Ainsi, aller chaque matin au travail exige de tous une coordination quotidienne: il faut penser à l'utilisation de la douche, au transport, aux repas, etc. Cette forme de coordination est *ordinaire*: elle est présente dans toutes les dimensions de la vie, de façon habituelle. Elle est nécessaire en raison de la complexité des activités humaines, et de l'interdépendance entre chacune de ces activités. La coordination consiste alors essentiellement à assembler (« co ») des choses interdépendantes de façon à *ordonner* une vie qui deviendrait très rapidement chaotique sans réveille-matin, horaire d'autobus et autres messages laissés sur la porte du réfrigérateur. Sur un plan davantage collectif, une certaine mise en ordre des actions des uns et des autres est nécessaire à la bonne marche du vivre-ensemble dans un monde par nature résolument pluriel. Cette action de *co-ordination* des interdépendances peut se réaliser suivant le *mode ordinaire*, par des ajustements mutuels par lesquels différentes personnes arrivent à des arrangements convenables (par exemple, l'heure à laquelle il faut se lever pour être ponctuel au travail tout en déposant les enfants à la garderie à l'heure permise). Ainsi, nous devons coordonner

notre action avec celle des autres, formellement ou non, volontairement ou non, pour atteindre nos objectifs. Et cela vaut pour toute action, de la plus simple à la plus complexe.

Pour les situations simples, la coordination ordinaire suffit généralement. Elle crée peu à peu, de proche en proche, un lien social, c'est-à-dire un réseau infini de microrelations qui tend à constituer un tissu social relativement solide. Malgré sa relative efficacité, l'activité incessante de production du lien social née de la volonté des acteurs de coordonner constamment leurs actions rencontre divers obstacles. Chacun d'entre nous a constaté des lacunes, notamment des incohérences dans la coordination ordinaire, produisant des ruptures de continuité, qui s'expliquent le plus souvent par le caractère complexe des situations à coordonner. Ces ruptures de continuité peuvent aussi être dues à des conflits entre les acteurs, à une mauvaise information, à des systèmes discordants, etc.

Pour éviter les effets de ces ruptures sur la santé et le bien-être des usagers, il faut ajouter à la coordination ordinaire un autre mode de coordination. La gestion des interdépendances en situation complexe doit en effet parfois s'effectuer en *mode dédié*, c'est-à-dire au moyen de pratiques systématiques et imputables de coordination et d'organisation des services qui en découlent. De telles situations complexes font, bien entendu, déjà l'objet de nombreuses activités de coordination, mais celles-ci sont trop souvent ponctuelles, irrégulières, et montrent parfois une incapacité à relever le défi de la complexité clinique. Pour la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie, la reconnaissance du besoin de coordination tient compte de la complexité clinique du vieillissement, laquelle est reconnue par tous les modèles conceptuels récents portant sur l'organisation efficiente et la qualité des services. Ces modèles proposent de prendre en considération la situation clinique dans son ensemble, plutôt que par problèmes isolés, de prendre en considération la volonté des personnes âgées, de tenir compte de leur situation de vie, etc. Il est essentiel de considérer toute situation clinique dans sa globalité, surtout si l'on veut, par une action mieux coordonnée, maintenir ou accroître l'autonomie des personnes âgées.

La complexité irréductible de la situation bio-psycho-sociale des personnes âgées en perte d'autonomie peut être envisagée de diverses manières. Même lorsqu'à première vue opposées, ces différentes façons de voir peuvent se combiner, chacun des acteurs concernés s'occupant

d'un aspect spécifique d'une situation clinique par nature multidimensionnelle. La complexité est évaluée de façon objective au moyen d'un outil d'évaluation standardisé, comme l'outil d'évaluation multiclientèle, auquel est associé un système de classification des besoins, comme le système ISO-SMAF qui place la condition fonctionnelle d'une personne âgée sur une échelle comportant 14 profils de besoins. Elle doit aussi être établie suivant des critères administratifs d'accès aux services, éventuellement combinés avec des caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, etc.). Puis le caractère chronique, évolutif et multidimensionnel de la situation clinique doit aussi faire l'objet d'une évaluation professionnelle compréhensive et complète, prenant en compte toutes les dimensions, ainsi que leurs corrélations dans le parcours de vie de la personne âgée. Sur un plan strictement social, des facteurs de risque reconnus comme l'isolement social, la pauvreté, le besoin de protection, la faible littératie (la capacité de lire et de comprendre, par exemple, les indications que les professionnels fournissent à la personne) ajoutent à la complexité.

Lorsqu'on additionne tous les différents aspects de la complexité, force est de constater qu'une part importante d'incertitude caractérise toute situation clinique dite complexe. Il importe de rappeler cette dimension incertaine, car si des caractéristiques facilement objectivables, par exemple la pression artérielle, peuvent faire l'objet, du moins en principe, d'une évaluation professionnelle et d'un simple acte de nature administrative dépourvu de toute intervention directe, un suivi global de la personne exige une intervention d'une toute autre nature, une intervention d'accompagnement de l'évolution de la situation clinique. De notre point de vue, une situation complexe ne se compose pas de la somme de problèmes simples. Une intervention qui viserait à coordonner un grand nombre d'interventions simples sans égard au caractère incertain de toute situation clinique, comme c'est le cas dans les grandes sociétés d'assurances dans le domaine de la santé aux États-Unis, n'est pas celle qui est requise pour des personnes âgées en quête d'autonomie. Un modèle de type *coordination d'interventions simples* minore les déterminants sociaux de la santé (par exemple, les habitudes et conditions de vie) et oublie complètement, voire méconnaît, la dimension subjective des situations cliniques (pensons par exemple au stress que produit la vie en extrême pauvreté).

Le concept de situation clinique que nous employons dans ce livre superpose et articule toutes les dimensions de la complexité, qu'elles



soient objectives ou subjectives. Selon Mayen, une situation est un environnement où se développe l'expérience (2012). La situation clinique est donc l'environnement concret dans et par lequel l'expérience de soins est vécue conjointement par l'intervenant et l'utilisateur. La situation clinique est par conséquent par nature complexe et incertaine, et cette incertitude est une condition clinique importante à prendre en considération. Le refus de penser la situation dans sa globalité et son incertitude fondamentale, qui se traduit notamment par la tendance à la réduire à quelque stratégie de mesure, est ultimement le refus de l'expérience subjective, pourtant reconnue dans les modèles conceptuels portant sur la qualité des services.

Malgré la prise en compte du caractère résolument incertain de toute situation clinique complexe, une définition explicite et fonctionnelle de la complexité fondée sur des critères d'accès à une forme ou une autre de coordination dédiée revêt une grande importance sur le plan organisationnel, parce qu'elle permet notamment de déterminer la manière d'associer prévention et intervention curative, par exemple par une meilleure connaissance de la façon dont les besoins se distribuent dans la population. L'identification des besoins complexes de la personne âgée ne doit cependant pas viser à réduire au maximum la complexité en la faisant entrer de force dans des catégories administratives, ce qui entraînerait une bureaucratisation du système d'intervention. Ainsi, la prise en compte de la complexité clinique, même dans un but de standardisation relative, doit toujours faire intervenir un jugement professionnel, qui devra réintroduire l'ensemble des dimensions de la situation clinique dans le projet de coordination, notamment eu égard au savoir d'expérience.

Bien qu'elle soit présente et utile en toute situation clinique, la coordination ordinaire est parfois insuffisante pour certaines situations complexes, comme en témoignent les nombreuses ruptures de continuité. Il serait facile de mettre sur le compte de diverses formes d'incompétence ou même de malveillance la mauvaise coordination que l'on observe un peu partout dans le réseau de la santé et des services sociaux. Cette incompétence engendre des ruptures de continuité, elle empêche la fourniture constante de bons services aux bons moments, elle atteint la santé et le bien-être de personnes pourtant vulnérables. Si, le plus souvent, les acteurs sont globalement compétents, bienveillants et plutôt en accord avec le projet de mieux se coordonner en mode ordinaire, la complexité des situations d'intervention produit tout de même des ruptures de conti-

nuité. En situation complexe, la coordination ordinaire atteint ses propres limites, définies notamment par les frontières tracées par les territoires des disciplines professionnelles, mais aussi par les styles personnels, les conditions locales d'exercice, etc.

Les lacunes de la coordination ordinaire engendrent divers inconvénients, notamment sur le plan du bien-être et de la santé des usagers, et entraînent aussi divers obstacles d'ordre systémique, qui, ultimement, ont des effets sur la qualité de vie des usagers tout comme sur le bien commun à travers la capacité des systèmes publics d'intervention de répondre aux besoins populationnels. Il est cependant possible de demander à différentes catégories d'acteurs de mettre en œuvre des stratégies de coordination plus volontaristes et systématiques en les soutenant par des dispositifs organisationnels, informationnels et techniques.

Le surcroît de coordination recherché ne doit pas se substituer aux pratiques ordinaires de coordination, dont il importe de reconnaître l'utilité autant que les inconvénients, mais bien les soutenir. Même lorsqu'une forme de coordination dédiée est requise, la coordination ordinaire continue de faire son œuvre dans les principales activités quotidiennes portant sur des interventions simples.

Pour arriver à établir une coordination plus intense, plus ample et plus systématique, il importe d'éviter deux attitudes également excessives, la première consistant à voir la coordination dans une perspective mécaniste (le pivot, la courroie de transmission, etc.), et la seconde à avoir une vision naïvement humaniste qui nous fait compter sur la seule bienveillance des acteurs pour arriver à des accords intersubjectifs adéquats et toujours en phase avec les situations cliniques complexes, ce qui, malheureusement, ne se produit pas toujours. L'attitude raisonnable consiste plutôt à articuler aux pratiques ordinaires de coordination des pratiques que nous qualifions de dédiées, c'est-à-dire des pratiques qui se déploient sur le plan procédural de l'ensemble des actions professionnelles.

Par actions procédurales, nous entendons les actions professionnelles transdisciplinaires et transsectorielles qui structurent le processus générique d'intervention (évaluer, planifier, négocier, etc.). Ces actions sont centrées sur le processus générique de toute intervention plutôt que sur ses contenus disciplinaires spécifiques. Bien que *procédurales*, elles n'en sont pas moins *cliniques*, et bien que *transdisciplinaires*, elles s'appuient tout autant sur une solide expertise disciplinaire. Quelle est alors la

nécessité de faire une telle distinction ? Nous voulons en fait mettre ici l'accent sur l'aspect logique de toute intervention constitué par ce niveau procédural, et dont le poids est plus important pour les pratiques dédiées de coordination que dans toutes les autres tâches du travailleur social. Écrit autrement, la part d'intervention procédurale (évaluer, planifier, etc.) est beaucoup plus importante pour la coordination dédiée que pour la coordination ordinaire. La dimension procédurale est néanmoins profondément clinique, mais d'une clinique qui se concentre davantage sur des dimensions transversales que sur des dimensions plus relationnelles de l'intervention disciplinaire, jugées comme allant de soi pour un travail social non investi de la tâche de coordination dédiée. Les intervenants disciplinaires ont tendance à tenir compte uniquement des dimensions requises à l'atteinte de leur plan disciplinaire d'intervention, et sur la relation clinique par laquelle ce plan s'élabore puis s'effectue.

L'efficacité pragmatique de cette action coordonnatrice dédiée exige une articulation systématique entre l'action clinique et l'action managériale, entre le projet de l'usager et les possibles institutionnels, entre autres. La coordination dédiée prolonge donc les formes ordinaires de coordination, lesquelles sont souvent plus ou moins conscientes, en y ajoutant des éléments proactifs, systémiques et systématiques, centralisés et mesurables du point de vue de la qualité globale des services. La situation clinique en question fera donc l'objet d'un suivi systématique, d'une évaluation rigoureuse et d'une planification stratégique des actions.

Pour bien montrer la nécessité d'appliquer une coordination dédiée, évoquons ici quelques situations cliniques classiques. Par exemple, une personne âgée qui se fracture la hanche, qui bénéficie de soins et d'appareils orthopédiques de qualité, mais dont le retour à domicile est précipité, peut alors faire face à des complications biopsychosociales sérieuses en raison d'un manque de coordination entre les différents acteurs professionnels qui ont pour tâche de hâter son rétablissement. Si, à la maison, cette personne n'a pas l'aide requise, elle peut chuter de nouveau, avec les importants risques que cela comporte pour elle. Il faut souligner ici qu'une chute peut contribuer grandement à la perte d'autonomie.

Nous pouvons aussi donner comme exemple la situation clinique d'une personne âgée isolée socialement, qui souffre de diabète, et qui a de mauvaises habitudes alimentaires à cause de son incapacité partielle à exécuter les actions de la vie quotidienne et domestique (AVQ-AVD). Si

elle est malheureusement atteinte d'un trouble cardiaque, l'ambulance la transportera rapidement à l'urgence, l'équipe d'urgentistes stabilisera son état, l'équipe de cardiologie soignera son cœur comme il convient, et le travailleur social organisera son retour à domicile pour la convalescence en moins d'une semaine. Est-ce un succès du point de vue de l'organisation des services? Pas forcément. Comme certaines conditions sous-jacentes (diabète, perte d'autonomie relative aux AVQ-AVD et isolement social) n'ont pas fait l'objet d'une évaluation ni d'une intervention, cette personne reviendra probablement à l'hôpital sous peu à la suite d'un autre trouble cardiaque ou d'une pathologie associée en raison de son mauvais état général de santé. Cette faille systémique entraîne plusieurs coûts. Sans même compter les frais entraînés par les hospitalisations répétées, elle a un effet direct sur la santé et le bien-être de la personne, voire sur son espérance de vie. Chaque visite à l'hôpital peut provoquer une perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale, et donner lieu à des infections nosocomiales pouvant conduire à un hébergement permanent, très nuisible à son autonomie. Comment cette personne en est-elle arrivée là, malgré les bons soins fournis par chacun des professionnels? C'est qu'il y a un manque de coordination dédiée, qui entraîne une mauvaise réponse aux besoins globaux de la personne. Dans ce cas, malheureusement typique, le mode de fonctionnement fragmenté du système de santé et de services sociaux et des professionnels a relégué au second plan certains des besoins de l'utilisateur.

Dans un autre domaine, nous pouvons aussi citer l'histoire de triste mémoire appelée dans les médias l'affaire du Bourreau de Beaumont, dans laquelle un homme a martyrisé ses quatre enfants pendant près d'une décennie. Le rapport d'enquête a révélé plusieurs faits troublants, notamment que plusieurs professionnels étaient au courant des actes criminels qui avaient été commis. Ceux-ci ont-ils mal effectué leur travail? Le bon sens commun veut qu'on réponde par l'affirmative, d'autant qu'il y a obligation légale de protéger la jeunesse. Mais qu'en pense vraiment la commission d'enquête? Dans sa grande sagesse, elle a conclu que, globalement, chacun avait plutôt bien fait son travail, et que c'était plutôt le système qu'il fallait incriminer. De nombreuses ruptures de continuité ont permis à la situation de se perpétuer pendant plus d'une décennie: départ à la retraite, en vacances ou en congé de certains intervenants (tout cela, bien entendu, totalement légitime), soit des absences n'ayant

CHAPITRE 5	
<b>La gestion de cas</b>	97
<i>Yves Couturier et Louise Belzile</i>	
La mise en œuvre de la gestion de cas	118
Quelques modèles de gestion de cas	121
Les tâches attendues de la gestion de cas	128
CHAPITRE 6	
<b>Les compétences du travail social et la coordination</b>	141
<i>Dominique Gagnon et Mylène Salles</i>	
CHAPITRE 7	
<b>La coordination comme médiation</b>	151
<i>Yves Couturier et Mylène Salles</i>	
<b>Conclusion</b>	161



# La coordination en gérontologie

**E**n gérontologie, le défi de l'heure est de mettre en réseau de façon efficace les divers acteurs qui gravitent autour des personnes âgées. Toutefois, la surabondance d'informations vient parfois compliquer les opérations qui en résultent. C'est pourquoi l'intervenant, en tant que porte-parole et médiateur, doit être parfaitement outillé pour communiquer avec les patients et leur entourage familial, social et médical.

Cet ouvrage expose les principes et les concepts sur lesquels se fondent les usages de la coordination, ainsi que les méthodes susceptibles de guider les intervenants dans leur travail. Il se consacre à l'étude pratique de la gestion de cas et analyse en détail la fonction de médiation. Ce livre s'adresse spécialement aux travailleurs sociaux et aux professionnels qui sont appelés à activer et à reconstituer des liens interpersonnels. Les étudiants en gérontologie y trouveront toutes les clés pour réussir leur intégration au sein d'un service.

**YVES COUTURIER** est professeur à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke. Il est titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration de services en gérontologie et a un doctorat en sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal.

**DOMINIQUE GAGNON, LOUISE BELZILE** et **MYLÈNE SALLES** sont doctorants en gérontologie à l'Université de Sherbrooke.

24,95 \$ • 22 €

Illustration : © Cliveva / Shutterstock.com

Disponible en version numérique  
[www.pum.umontreal.ca](http://www.pum.umontreal.ca)

ISBN 978-2-7606-3172-4

