

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION D'UN SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION EN HÉBERGEMENT ET EN SOINS DE LONGUE DURÉE POUR PERSONNES ÂGÉES AU QUÉBEC

Benoît Gaumer
Faculté de médecine
Université de Montréal

Résumé: Entre 1975 et 1984 le réseau public des services de santé du Québec s'est doté d'un nouveau processus d'admission dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie connu sous le nom de système C.T.M.S.P. (classification par types en milieu de soins et services prolongés). L'élaboration et la diffusion de cet instrument de gestion ne va pas s'effectuer sans résistances liées au grand nombre d'acteurs mobilisés, dans un environnement québécois et nord-américain très spécifique. Le cheminement ayant abouti à l'adoption du système C.T.M.S.P. par le ministère québécois de la santé et des services sociaux et les conseils régionaux de même nom est reconstitué au travers des archives de ces organisations enrichies par des entretiens avec dix informateurs-clés. Commandé par des responsables du réseau à des chercheurs du milieu universitaire, le système va d'abord être expérimenté dans un DSC avant d'être retenu par des conseils régionaux à la recherche d'un système intégré d'admission puis adopté officiellement par le ministère en 1984 pour être généralisé à toute la province. L'analyse diachronique du processus de diffusion de C.T.M.S.P. remet en cause le modèle linéaire étagé de type élaboration-adoption-implantation. Le processus décisionnel ressemble à une longue et laborieuse succession de prises de position fortement itératives où les jeux de pouvoir des gestionnaires, des concepteurs mais aussi des professionnels constituent les facteurs déterminants. Participation précoce des groupes de pression intéressés à l'élaboration du système et rétro-information suivie de rétro-action constituent les forces principales de la stratégie d'implantation de C.T.M.S.P. L'environnement nord-américain de rationalisation économique lié à la crise de la fin des années 1970 et québécois de décentralisation administrative, constituent des opportunités ou contraintes qui ont également façonné l'implantation.

Abstract: Between 1975 and 1984, the Quebec public healthcare network adopted a new admission process for residential and chronic-care homes for elderly people no longer able to function independently. This was known as the CTMSP (type classification for long-term care and services) system. Preparation and distribution of this management tool met with some resistance because of the large number of people involved and the very specific Quebec and North American context. This article reconstructs the events leading to the adoption of the CTMSP system by the Quebec minister of health and social services and the regional health and social service councils from the archives of these organizations as well as interviews with ten key people who provided information. Commissioned by those responsible for the network from university researchers, the system was tested in a community health department before being adopted by regional councils looking for an integrated admissions system, and was then officially adopted by the health department in 1984 and put into general use throughout the province. Diachronic analysis of the CTMSP distribution process reviews the linear phase-oriented model of the preparation-adoption-implementation type. The decision-making process resembles a long and laborious succession of highly repetitive positions in which the power games of managers, designers, and professionals are decisive factors. Early participation of pressure groups interested in the preparation of the system, and feedback information followed by action, are the main forces of the CTMSP implementation strategy. The North American context of economic rationalization and the Quebec administrative decentralization crisis of the late 1970s can be seen as opportunities or constraints that also helped to shape implementation.

PROBLÉMATIQUE ET PRÉSENTATION DU SYSTÈME CTMSP*

En 1985 le ministère des affaires sociales (M.A.S.) du Québec publie un énoncé de politique à l'égard des personnes âgées qui tranche nettement en faveur de leur maintien à domicile (M.A.S., 1985).

Ce manifeste peut être considéré comme la dernière étape d'un long travail de prise de conscience d'une institutionnalisation excessive des personnes âgées au pays par rapport aux autres provinces du Canada (Boutin et al., 1983) et comparativement à l'ensemble des pays industrialisés de l'occident (Paradis, 1978).

Les premières manifestations concrètes de ce changement d'attitude de la part des gestionnaires gouvernementaux chargés de l'adminis-

tration des programmes d'hébergement et soins de longue durée en gériatrie remontent, semble-t-il, au milieu des années 1970 (M.A.S., 1974).

Coïncidence ou non, entre 1975 et 1984, va apparaître et être diffusé dans le réseau des établissements du ministère des affaires sociales un nouveau processus d'admission dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée pour les adultes en perte d'autonomie connu sous le nom de système CTMSP.*

Dans sa version adoptée officiellement par le M.A.S. en 1984, le système CTMSP comprend trois grandes étapes avec pour chacune d'entre elles des procédures et des outils visant l'aide à la prise de décision quant à l'orientation optimale des personnes âgées dans le réseau de soins et services prolongés.

La première étape vise à décrire l'état d'autonomie de la personne, utilisant pour cela deux outils permettant de recueillir l'information:

- a) un formulaire d'évaluation médicale rempli de préférence par le médecin de famille
- b) un formulaire d'évaluation de l'autonomie dont il existe trois versions selon que la personne âgée concernée demeure à domicile, en institution ou séjourne dans un hôpital de courte durée. Ce formulaire sera rempli soit par un(e) travailleur(se) social(e) ou un infirmier ou une infirmière dépendant des arrangements administratifs à l'intérieur du réseau régional ou local des services d'hébergement et soins de longue durée.

La seconde étape consiste à allouer des services sur la base des informations recueillies précédemment. Ce travail est confié à une équipe de professionnels différents des précédents composée au moins d'un(e) médecin, d'un infirmier ou d'une infirmière, d'un(e) travailleur(se) sociale s'adjoignant au mieux un(e) ergothérapeute et un(e) physiothérapeute. À l'aide d'un formulaire d'allocations de services énumérant 200 services regroupés en six modules = services de soutien, soins infirmiers, services médicaux, service social, physiothérapie et ergothérapie, l'équipe multidisciplinaire régionale ou sous régionale détermine les services requis. À partir de là, le système permet de mesurer, en temps, les ressources humaines requises pour donner les services requis.

La dernière étape identifie le programme qui convient le mieux aux types et quantités de ressources requises et sélectionne l'organisation qui correspond au profil des besoins/services/ressources de la personne

âgée requérante. Cette étape est confiée à un comité d'orientation et d'admission formé de gestionnaires du réseau des établissements d'hébergement et soins de longue durée sur une base le plus souvent sous-régionale.

Pour le ministère des affaires sociales du Québec, commanditaire de ce système en 1975, il s'agissait d'une part d'orienter de manière optimale les personnes âgées dans le réseau d'hébergement et services de soins prolongés, d'autre part de planifier, programmer et budgétiser ce réseau.

En réalité, lors de son adoption définitive à l'échelle de la province en 1984 après de longues années d'efforts d'implantation, seul le premier objectif semblait avoir été atteint, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.) intégrant CTMSP dans leurs procédures de coordination des admissions entre établissements de leur territoire.

Pourquoi ce cycle de dix ans entre le tout début de la genèse et la généralisation du système CTMSP à l'échelon de la province? Le processus de diffusion technologique sous la forme de la séquence traditionnelle élaboration, adoption et implantation n'exigerait-il pas cette lenteur? (Rogers, 1962).

Les résistances au changement, manifestation d'une lutte entre groupes ayant des positions différentes vis-à-vis du nouveau système ne seraient-ils pas de meilleurs facteurs explicatifs? (Carbonneau & Doucet, 1978).

L'élaboration et la diffusion de cet instrument de gestion va en effet mobiliser un grand nombre d'acteurs: administrateurs et chercheurs d'une part, professionnels de la santé et des services sociaux d'autre part. La reconstitution de leur jeu de pouvoir mais aussi des environnements québécois et nord-américain permettra de mieux comprendre le processus d'implantation et d'en tirer des leçons pour l'action du gestionnaire.

CADRE D'ANALYSE ET MÉTHODE D'ÉTUDE

Le système CTMSP est assimilable à une technologie de gestion du champ socio-sanitaire (Crichton, 1985). Le concept de technologie élargit la dimension technique de l'instrument qui ne peut être réduit à ses composantes: les questionnaires d'évaluation ou le manuel de l'équipe multi-disciplinaire. Il s'agit en effet de l'utilisation de

connaissances, d'outils, de techniques, d'instruments ou de méthodes pour obtenir un résultat souhaité (Reiser, 1978).

Comme technologie évaluative et de gestion, le système CTMSP appartient déjà au domaine des intervention en santé (Battista et al., 1989).

Cette appartenance est renforcée par la dimension planification, programmation et budgétisation de CTMSP qui l'assimile à une politique gouvernementale en faveur des personnes âgées.

En effet, le système CTMSP représente l'un des principaux enjeux autour duquel s'est formulée la politique du M.A.S. à l'égard des personnes âgées durant les dix dernières années.

L'évaluation de l'implantation de cette technologie ou politique relève de la recherche sur les interventions dans le domaine de la santé. Il ne s'agit pas cependant d'évaluation de résultats ou d'impact, mais de description et d'analyse du cheminement ayant abouti à l'adoption du système CTMSP par le M.A.S. et les CRSSS. Cette évaluation de l'implantation de CTMSP est d'abord centrée sur l'analyse du processus de décision pouvant ainsi servir au gestionnaire tout autant qu'à l'approfondissement de la recherche.

Le matériel de l'étude est composé d'une part des documents écrits conservés par les concepteurs de système et les principales organisations en charge de l'implantation, d'autre part d'entretiens semi-structurés avec dix informateurs clés choisis parmi les concepteurs et les implanteurs.

Trois axes de lecture de cette documentation ont été développés:

Le premier est diachronique s'appuyant sur le schéma traditionnel de diffusion d'une technologie nouvelle: recherche et développement, adoption, utilisation et généralisation. En réalité l'existence d'au moins trois paliers décisionnels: DSC (département de santé communautaire) expérimental, CRSSS et M.A.S. complexifie le schéma conceptuel. d'analyse lui donnant une allure cybernétique.

Le second axe synchronique s'intéresse aux acteurs et actrices, à leurs valeurs, aux intérêts qu'ils poursuivent et à leur jeu de pouvoir (Crozier & Friedberg, 1977). Une grande attention a été portée au repérage des trois principaux groupes: les chercheurs concepteurs de l'université, les gestionnaires du réseau du MAS et les professionnels

de la santé. Les jeux de pouvoir ont été analysés à trois niveaux: influence, contrôle et planification (Lemieux, 1986). La population du Québec tout comme ses représentants politiques ont été semblé-t-il, écartés des enjeux, sauf peut être lors de l'opération d'adoption de CTMSP par les conseils d'administration des CRSSS. Il n'en sera donc pas question.

Le dernier axe concerne l'environnement dans lequel le nouveau système a diffusé. L'environnement interne est représenté par la société québécoise et les personnes âgées bénéficiant des services de soins prolongés. L'environnement externe se limitera au contexte nord-américain et aux courants internationaux d'intérêt pour la gériatrie et gérontologie sociale.

Les mécanismes de rétro-information et rétro-action qui ont modelé le système CTMSP ont été dépecés en leurs différentes composantes, utilisant pour cela un modèle inspiré de l'analyse systémique (Lemieux, 1986).

La démarche d'analyse adoptée est de type hypothético-inductive, une attention toute particulière ayant été consacrée à la cueillette des données. Les sources documentaires ont été contrôlées et enrichies par les entrevues et vice-versa. Les observations documentaires ont été confrontées aux hypothèses nées du cadre d'analyse précédent, tout écart entraînant une relecture ou une nouvelle cueillette d'information.

Parmi les textes deux types de discours ont été particulièrement étudiés en utilisant une approche sémiotique: le discours "référentiel" des chercheurs ou des professionnels de la santé, de type "idéologique", et le discours administratif ou officiel, de type "axiologique" (Landowski, 1976).

ASPECT DIACHRONIQUE DE L'IMPLANTATION

Six grandes étapes ont été identifiées de la naissance de l'idée à la généralisation de l'adoption de CTMSP par tous les conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Naissance de l'idée

Cette phase de l'origine des politiques est souvent court-circuitée dans l'analyse de celles-ci (Bellavance, 1985). Il est en effet souvent

difficile de fixer un début à un processus qui s'enfonce, pour CTMSP, dans l'histoire des politiques du MAS et du ministère fédéral de la santé et du bien-être social ainsi que celle des courants américains du "medical care".

L'année 1976 constitue une période charnière permettant aux chercheurs universitaires préoccupés d'évaluation et de classification des types de besoins des personnes âgées d'accorder leurs objectifs et leur langage avec ceux des fonctionnaires de la direction de la planification des services de santé du M.A.S. Ce dernier ayant accordé une subvention à deux professeurs adjoints de l'Université de Montréal pour préparer un projet de recherche devant être soumis dans le cadre des subventions nationales de la santé, le profil général de l'instrument va naître d'un va-et-vient entre l'équipe universitaire et le ministère provincial. Des difficultés de communication vont naître de la culture "medical care" des chercheurs et "affaires sociales" des hauts fonctionnaires qui négocient le projet. Ce dernier ayant été accepté par le ministère fédéral, la recherche va se dérouler sur vingt neuf mois en 1977, 1978 et 1979, s'appuyant d'une part sur de nombreuses expertises du réseau des affaires sociales, d'autre part, sur une étude-pilote des besoins et services pour les personnes âgées d'un territoire de la région de Montréal. La naissance de l'instrument s'accompagne d'un climat de compétition avec deux autres grilles d'évaluation de l'autonomie des personnes âgées. Malgré les recommandations d'un groupe d'experts en faveur de celle qui a été conçue par une équipe en gérontologie sociale de l'Université Laval, le système CTMSP va l'emporter auprès des représentants des CRSSS et des associations d'établissements concernés, en raison principalement de la possibilité pour les intervenants du réseau de participer à sa construction ou sa révision.

Le développement de l'idée et son utilisation précoce

La première implantation sous-régionale de CTMSP va résulter de la rencontre d'une initiative d'un DSC et de la première présentation de l'instrument dans la presse professionnelle (Tilquin, Pineault, Sicotte, & Audette, 1977). En 1976 le DSC de Verdun est l'un des premiers à recruter une conseillère en gérontologie. Celle-ci ayant appris l'existence de CTMSP écrit au principal concepteur qui donne son accord d'utilisation pour évaluer la clientèle âgée qui reçoit des services de la part des infirmières des soins à domicile. L'implantation réelle de l'ensemble du système va résulter de la décision de la table de gérontogériatrie regroupant les établissements intéressés par la problématique des personnes âgées, sur une base volontaire, bien que suscitée par

le DSC et sa conseillère. En juin 1979 un protocole d'entente est conclu entre l'équipe de recherche opérationnelle en santé (EROS) détentrice du brevet et le DSC pour l'implantation du système sur le territoire. Des conflits vont naître entre l'équipe de gestion de CTMSP qui défend le caractère "scientifique" de l'instrument et la table de concertation qui souhaite son adaptation, retardant l'implantation au printemps 1981.

Les premières implantations régionales

La décentralisation progressive de certains mandats du MAS et l'apparition des commissions administratives dans les CRSSS vont favoriser l'engagement précoce de certains d'entre eux dans le processus d'adoption de CTMSP avant que le MAS le reconnaisse officiellement.

À l'automne 1982, le conseil d'administration du conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain (CSSSRMM) est le premier à l'adopter pour l'ensemble de son territoire.

Le contexte de la décision avait été préparé dès 1979 par la "génération spontanée" de tables de concertation des établissements concernés par la problématique des personnes âgées en perte d'autonomie. La création de la commission administrative des services d'hébergement et des soins prolongés en novembre 1980 offre au conseil montréalais l'opportunité d'implanter rapidement un instrument déjà expérimenté dans une de ses régions. En réalité pour la commission et son comité ad hoc la recherche du consensus de l'ensemble du réseau des institutions socio-sanitaires est un préalable incontournable, ralentissant d'autant le processus de diffusion. Comme lors de l'implantation à Verdun des groupes d'opposition vont retarder l'opération en cherchant à modifier l'instrument. Les travailleurs sociaux et leurs organisations ne sont pas satisfaits de la partie psycho-sociale de la grille d'évaluation à leurs yeux trop médicalisée. Les établissements hésitent à abandonner leurs propres critères d'admission au profit des nouvelles structures de concertation. Un compromis devra être trouvé par les gestionnaires régionaux subissant la pression des chercheurs universitaires gardiens de la rigueur scientifique du système.

L'adoption fin décembre 1984 du système CTMSP par le conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec constitue également l'aboutissement de longues tractations entre protagonistes. L'intérêt du conseil régional pour le secteur des personnes âgées remonte à la

mise sur pied en 1974 d'un premier comité aviseur chargé d'élaborer un plan de développement des ressources au service du 3e âge pour la région de Québec. A partir de là une commission régionale du 3e âge va se mettre en place qui propose en 1977 au conseil régional un système de coordination des services de santé et des services sociaux pour personnes âgées et pour malades à long terme comprenant une table de concertation, un comité de sélection et d'orientation des demandes en centre d'accueil et centres hospitaliers de soins prolongés et un comité de coordination des services de maintien à domicile. Ces structures vont être rapidement adoptées entre 1977 et 1979 par toutes les sous régions sauf celle du Québec métropolitain. Dans cette zone, parallèlement, les établissements développent des services gériatriques intégrés sous la forme d'un programme d'évaluation et de coordination des admissions. (P.E.C.A.). En octobre 1981 le comité PECA recommande l'expérimentation de CTMSP. Il sera introduit définitivement dans les zones du Québec métropolitain mais sans mordre sur les autres territoires de DSC de la région et en particulier la rive sud du St-Laurent qui se distingue en confectionnant un instrument rival appelé système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). L'extension de CTMPS à l'ensemble de la région n'aura lieu qu'après son adoption par le MAS en 1984.

A la recherche d'un système intégré d'admission depuis la fin de l'année 1981, le conseil régional des Laurentides-Lanaudière décide en avril 1983 d'utiliser CTMSP sur son territoire plus de six mois avant son adoption officielle selon un scénario qui s'est reproduit souvent. Un groupe de travail inter-établissements se réunit sous l'égide du conseil régional pour élaborer un projet du système intégré d'admission. Il fait appel à des conseillers et consultants pour l'aider à choisir la grille d'évaluation. Le système CTMSP est d'abord expérimenté à l'occasion d'une opération d'évaluation de la clientèle en CAH (Centre d'accueil et d'hébergement) et CHSP (Centre hospitalier de soins prolongés). Des divergences de vue, qui surviennent entre les acteurs et actrices, ralentissent les opérations d'implantation. À la différence d'autres CRSSS, le conseil régional des Laurentides-Lanaudière se dote de deux commissions administratives pour gérer CTMSP, une commission de l'hébergement et des soins prolongés chargée de la programmation et une commission administrative des admissions en CAH et CHSP marquant ainsi la distinction entre les deux facettes de l'instrument, planification des services à moyen et long terme, évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie à court terme.

Adoption officielle et généralisation

Le choix final du MAS à l'automne 1984 survient après une longue maturation précédemment décrite, l'idée d'adopter CTMSP à l'échelon de la province remontant à l'époque de son expérimentation sur le territoire du DSC de Verdun.

Le ministère, avant de l'adopter officiellement, va utiliser l'instrument pour une opération provinciale d'évaluation de la clientèle des CAH et CHSP. Les résultats de cette étude en démontrant l'amplitude des mal-admissions vont influencer fortement le groupe de travail sur les ressources alternatives mis en place en février 1982 par les deux grandes directions rivales du MAS: celle des programmes de santé et celle des programmes sociaux. En effet 34% des bénéficiaires hébergés dont 46.3% en CAH et 14.1% en CHSP ne sont pas à leur place dans ces établissements (MAS, juin 1982) CTMSP est ainsi investi d'un pouvoir de régulation et compression de la demande d'hébergement ainsi que de la détection de la bonne place ou non des personnes âgées vivant en institution .

C'est finalement l'utilisation déjà très avancée de CTMSP dans le réseau des affaires sociales qui va emporter la décision du sous-groupe de travail chargé de choisir entre les dix instruments d'évaluation recensés à l'époque.

Une fois adopté au niveau provincial, le système va diffuser dans les régions sous la pression du MAS qui finance les opérations de formation des utilisateurs de l'instrument sans possibilité d'alternative. Certaines régions l'adapteront aux particularités de leur territoire. D'autres apparemment très disciplinés, l'adopteront sans coup férir dans la foulée du MAS. L'une d'entre elles, hésitera longtemps entre le système CTMSP et le SMAF jusqu'au début de l'année 1986 ou elle devra se conformer aux attentes et orientations centrales.

LES ACTEURS EN PRÉSENCE ET LEUR POSITIONNEMENT

Tous les acteurs et actrices appartiennent au réseau de la santé et des services sociaux du Québec, à part quelques universitaires. Les personnes âgées, les associations de bénéficiaires sont apparemment totalement silencieuses. L'opinion publique elle-même s'est très rarement manifestée au travers de la presse. Les quelques rares éditoriaux ou articles sont plutôt défavorables mais l'intérêt des journalistes retombe vite.

Certaines étapes vont mobiliser plus d'acteurs et d'actrices que d'autres.

La formulation ou élaboration du projet relève essentiellement d'un triumvirat de concepteurs universitaires dont les intérêts scientifiques et rationalistes rejoignent facilement ceux des fonctionnaires du MAS. Parmi ces derniers cependant il faudrait distinguer ceux de la direction de la planification des services de santé plutôt "technocrates" et ceux de la direction de la planification des services sociaux plus "humanistes", soulevant des réserves à propos du caractère professionnaliste de l'intervention, les personnes âgées étant écartées du processus. À cette étape d'élaboration, le poids des acteurs se mesure essentiellement à l'aune de leur expertise, ceci explique le rôle prépondérant des chercheurs dont les efforts de rationalisation reposent sur l'espoir d'un état harmonieux futur permettant de résoudre les contradictions du réseau des services pour personnes âgées qu'ils observent.

L'implantation apparaît comme une étape marquée de phases de pénétration du système CTMSP dans certains milieux puis de stabilisation avant de revenir parfois en arrière et de gagner ensuite d'autres territoires. Des coalitions d'acteurs vont se nouer et se dénouer tout au long du processus depuis la phase d'expérimentation sur le territoire de Verdun jusqu'à la généralisation. Les groupes de pressions défavorables bien que mobiles dans le temps et dans l'espace sont plus facilement repérables que les coalitions de soutien se manifestant seulement lors de certains moments privilégiés. Parmi ces dernières se détache très nettement l'appui sans réserve des corporations de physiothérapeutes et ergothérapeutes saisissant cette opportunité pour consolider leur nouveau champ d'expertise. De même les infirmières, à la recherche d'un élargissement du champ de leur compétence se sentent rapidement à l'aise dans la manipulation d'une grille d'évaluation ou d'une liste de services correspondant à leur manière habituelle de travailler.

Les opposants se recrutent plutôt parmi les professionnels dérangés dans leurs privilèges garantis par le découpage antérieur du champ socio-sanitaire. C'est probablement le cas des travailleurs sociaux, dans l'ensemble réticents à l'adoption de l'instrument, bien que certains d'entre eux aient contribué puissamment à son implantation. Le discours des opposants parfois farouches fait référence à l'acte professionnel du travailleur social, de nature psycho-sociale dans le cadre d'une relation intime et personnalisée, que le système CTMSP ne permet plus. À l'inverse les travailleurs sociaux, acquis au nouvel instrument, le considèrent comme un moyen privilégié pour corriger la

spécialisation et la parcellisation actuelle du champ bio-psycho-social des intervenants de la santé.

Tout en cherchant à identifier opposition et soutien à la diffusion de CTMSP, il faut se garder de toute tendance manichéenne. Les opposants irréductibles paraissent aussi rares que les partisans inconditionnels. La ligne de partage entre les deux groupes ressemble peu à une ligne de front mais fait penser plutôt à un niveau qui se déplace sans cesse à l'intérieur des organisations. C'est le cas en particulier des associations de médecins plutôt défavorables au début mais qui baisseront la garde le jour où l'acte d'évaluation médicale sera intégré dans la nomenclature officielle de la régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), leur mode de rémunération n'étant plus menacé. On ne peut opposer non plus agents de l'état plutôt favorables comme les CRSSS et porte-parole des institutions plutôt défavorables. Parmi ces derniers on retrouve la fédération des CLSC comme opposant alors que l'association des centres d'accueil du Québec (ACAQ) appuie le projet sans réserve.

Les CRSSS ne constituent pas non plus un groupe homogène. Alors que les conseils régionaux de la métropole et de la capitale seront les moteurs principaux de l'implantation d'autres n'adopteront CTMSP que contraints et forcés par le MAS. Là encore les intérêts ne sont pas les mêmes. Le déséquilibre entre l'offre et la demande d'hébergement, chez les personnes âgées, l'acuité de la crise d'admission sont particulièrement grands dans les deux CRSSS qui seront les premiers à embarquer dans le système. Ce n'est probablement pas le cas en régions éloignées. Beaucoup de CRSSS chercheront à adapter CTMSP à leur traditions locales plutôt que l'adopter tel quel, tenant compte des efforts déjà engagés par les établissements et professionnels pour coordonner leurs ressources.

Dans l'ensemble les concepteurs et implanteurs provinciaux ou régionaux ont plutôt cherché à concilier les groupes de pression intéressés par la mise en place de CTMSP en les associant assez tôt au processus d'élaboration. Cette stratégie informelle mais qui apparaît rétrospectivement dans leur démarche a joué un rôle déterminant dans le désamorçage des oppositions. Ceci est particulièrement vrai de l'association des centres de services sociaux du Québec (ACSSQ). Ses représentants ont participé aux différentes opérations de révision des grilles d'évaluation. Leurs recommandations ont été écoutées patiemment sinon reprises dans les modifications de forme de l'instrument. Des travailleurs sociaux délégués par cette association

ont siégé sur les différents comités de révision. Les CSS ont souvent prêté aux CRSSS des professionnels qui ont participé activement à l'implantation.

C'est le type de pratique des professionnels qui paraît dicter leur positionnement par rapport à CTMSP. Les comportements des médecins cliniciens et des travailleurs sociaux praticiens ne diffèrent pas significativement. Leur discours fait référence à des valeurs identiques de liberté individuelle, qualité de la relation à deux et sans écran instrumental. À l'opposé les responsabilités institutionnelles, surtout au niveau des CRSSS et du MAS paraissent gommer les différences d'origine des professionnels, la prééminence étant alors donnée aux valeurs d'équité, d'accessibilité égale pour tous et de rationalité économique.

LES ENVIRONNEMENTS QUÉBÉCOIS ET NORD-AMÉRICAIN

L'analyse quantitative des 44 références d'un texte de base des deux chercheurs principaux présentant la place de CTMSP parmi les systèmes de classification des malades par type et niveau illustre bien l'influence du courant d'échanges nord-américains dans le domaine de l'organisation des soins médicaux. 56.7% des références bibliographiques proviennent des États-Unis et 22.7% du Canada anglophone (Tilquin & Pineault, 1976).

Les systèmes de classification des malades sont nés au Canada sous la double poussée semble-t-il des compagnies privées d'assurance puis de l'assurance hospitalisation (MacDonnell, 1976). Les classifications par niveaux de soins, recommandées par le groupe d'étude sur les coûts des services de santé au Canada, avaient déjà été expérimentées à Hamilton en Ontario et à Winnipeg au Manitoba (MacDonnell, 1976). À la même époque aux États-Unis, plusieurs groupes de recherche élaborèrent des grilles multi critères centrées sur les besoins en services de soins prolongés pouvant servir à déterminer le niveau de soins requis, améliorant ainsi la qualité des services, mais aussi à planifier et gérer les ressources, selon les principes du courant "progressive care" (Densen & Jones, 1976).

Le contexte québécois de la fin des années 1970 n'est pas non plus sans influencer les chercheurs. Le cadre théorique de CTMSP indique une filiation avec le système PRN de classification des maladies selon leurs besoins en soins infirmiers expérimenté au Québec durant les années précédentes (Tilquin, 1976)

La construction de l'instrument ne peut être disjointe des efforts entrepris parallèlement par le réseau des affaires sociales et en particulier la direction générale de la programmation de MAS pour remodeler les mécanismes régionaux d'admission dans les établissements et élaborer par exemple des critères d'admission dans les centres d'accueil. Toutes ces initiatives spontanées bien que souvent menées indépendamment dans divers établissements ne vont pas être sans influencer le mode de construction finale de CTMSP.

La fin des années 1970 marque également le début de la première crise de financement du système de santé induite par ce que l'on appelle le premier choc pétrolier. Le Canada fait figure d'avant-garde dans sa réponse à ce climat d'austérité économique qui touche tous les pays industrialisés du bloc occidental, après les années grasses des deux décennies précédentes. Des ressources financières vont être injectées dans la recherche en santé, au niveau fédéral surtout, mais aussi plus modestement au niveau provincial pour développer une gestion plus rationnelle des services. CTMSP en dépit de son coût de diffusion apparaît ainsi comme une réponse économique visant à réduire la charge financière de l'état en utilisant mieux les ressources.

À partir du début des années 1980 la déconcentration administrative du MAS et la décentralisation de certains mandats vers le CRSSS s'accroissent. On peut se demander s'il ne s'agit pas là de la principale raison au long délai de diffusion. Dès la fin de 1979 de nombreux fonctionnaires du MAS semblaient acquis à son adoption et les représentants des CRSSS s'étaient laissés convaincre de le retenir comme instrument unique d'évaluation. La nouvelle décentralisation du mandat de coordination des admissions va obliger les planteurs provinciaux à modifier leur stratégie. Ils vont devoir vendre CTMSP conseil régional par conseil régional, ce qui va contribuer à ralentir les opérations.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Utilisant une approche méthodologique de type hypothético-inductive cette étude évaluative s'appuie d'abord sur les archives de l'implantation et le témoignage de dix informateurs-clés ayant oeuvré sur le terrain, s'inscrivant ainsi dans le courant des évaluations dites de 4^e génération (Mercier, 1989).

Bien que les questions de recherche n'aient pas été négociées avec les concepteurs ou gestionnaires de CTMSP les hypothèses qui ont servi

à interroger les faits ont été reformulées et enrichies à l'occasion des entretiens avec les dix informateurs-clés (Boyle, 1990).

L'analyse diachronique du processus de diffusion de CTMSP remet en cause le modèle linéaire étagé adopté au début de l'étude.

Plutôt qu'un cycle de vie unique d'élaboration-adoption-implantation, le processus de diffusion évoque un chemin en ligne brisée avec des phases itératives, l'adoption par une nouvelle organisation devant repasser par les mêmes essais et erreurs.

Rares sont les CRSSS qui vont utiliser CTMSP comme solution toute prête. Beaucoup vont chercher à modifier l'instrument dans le sens de la solution déjà émergente aux problèmes ayant motivé l'élaboration du système. Le processus décisionnel d'adoption ressemble à une longue et laborieuse succession de prises de positions fortement itératives où les jeux de pouvoir des gestionnaires, des concepteurs mais aussi des professionnels constituent les facteurs déterminants (Bégin et al., 1984).

Les fonctionnaires du MAS engagés très précocement dans le processus de diffusion ont utilisé leur autorité et en particulier leur contrôle sur les moyens financiers pour imposer CTMSP aux CRSSS récalcitrants.

Les concepteurs auraient plutôt joué de leur influence, utilisant leur expertise pour maintenir l'intégrité scientifique de l'instrument et saisissant au bon moment les opportunités qui se font jour ça et là dans le réseau.

Les professionnels apparaissent tantôt comme des alliés tantôt comme des gêneurs que les concepteurs et les décideurs seraient tentés de contourner.

En réalité il n'y a pas d'un côté les concepteurs et les gestionnaires tout puissants, de l'autre des professionnels démunis parce que relevant de leur autorité. Le front des premiers n'existe pas réellement, aussi bien à l'intérieur du ministère où s'opposent dès le début courant médical et courant social, qu'entre conseils régionaux qui poursuivent très souvent leur propre logique sans tenir compte de ce qui se passe ailleurs. Concepteurs et gestionnaires s'affrontent plus souvent qu'ils ne convergent, les premiers se posant en champion de l'orthodoxie de CTMSP, les seconds étant toujours prêts à des compromis avec le milieu quant à la forme de l'instrument.

Le milieu professionnel constitue lui aussi un environnement particulièrement multiforme apparaissant comme une coalition d'intérêts ou le pouvoir partagé plutôt que monopolisé par un groupe d'acteurs va tantôt dans le sens de l'implantation, tantôt dans celui de sa paralysie et d'une tentative de rejet.

Rétro-information suivie de rétro-action ou régulation nouvelle constituent une des forces principales de la stratégie d'implantation de CTMSP, expliquant sa survie au bout de dix années.

Malgré les efforts et peut être les rêves des concepteurs et implanteurs de la première heure le système n'a jamais été réellement adopté par consensus. Il n'a pas été imposé non plus par un pouvoir unilatéral positif que ce soit celui du MAS ou de chaque CRSSS impliqué. Si les populations intéressées ont été exclues à tous les niveaux de processus, par contre les professionnels ont été largement consultés lors de chaque étape de la diffusion. On peut donc parler de processus de régulation semi-démocratique de type politique ou stratarchique, les CRSSS et le MAS apparaissant comme les acteurs les plus puissants (Lemieux, 1986).

Bien que les fonctionnaires centraux et les chercheurs spécialistes aient joué un rôle déterminant pour proposer la solution au problème identifié, cette techno-structure fut efficacement contestée tout au long du processus de diffusion malgré certains de ses coups de force vis-à-vis des professionnels.

Militent également en faveur du scénario semi-démocratique les opérations de révision de l'instrument mobilisant un grand nombre d'intervenant(e)s de réseau. Il en est de même de la décentralisation du MAS bien qu'elle concerne seulement le mandat de coordination des admissions entre établissements sur une base régionale et qu'elle s'appuie sur un pouvoir de pression plutôt qu'un réel pouvoir de commandement (Turgeon, 1983).

Franchement marqué par les efforts des concepteurs et de certains gestionnaires pour introduire le système par consensus des professionnels et des établissements, le climat dominant de collaboration fut régulièrement remis en cause par la vive concurrence entre les acteurs du milieu.

Fortement influencé au départ par le modèle médical d'évaluation de l'autonomie et les listes exhaustives de services en nursing, l'instrument

se rapprochera au cours de rondes de négociation et réunions d'un modèle laissant plus de place au qualitatif et aux interprétations subjectives. La solution construite avancée par les concepteurs dès 1979 devra faire place progressivement à une stratégie d'implantation de type solution mixte ayant dû intégrer en cours de route les solutions émergentes aux problèmes ayant motivé l'instrument.

Résolument tournée vers l'analyse du processus d'implantation, cette évaluation de par son approche globalisante permet d'entrevoir déjà certains impacts qui n'avaient pas été précisés par les concepteurs et les gestionnaires de la première heure comme les répercussions sur les pratiques et les croyances des professionnels à l'égard des personnes âgées. Des recherches ultérieures devraient mieux préciser cet impact ainsi que les effets sur la problématique à l'origine du système.

Cherchant à servir d'abord le gestionnaire plutôt que d'ajouter une pierre à l'édifice de la connaissance scientifique, de par son caractère rétrospectif l'étude n'a pas eu par contre l'influence qu'elle aurait pu avoir si elle avait été conçue plus précocement et par étapes en rétro-informant chaque fois les décideurs sur les résultats (Winberg, 1986).

Des leçons peuvent cependant être tirées de l'expérience pour ceux et celles qui seront amenés à conduire l'introduction d'innovations en gestion du même type.

NOTE

* C.T.M.S.P. = classification par types en milieu de soins et services prolongés

RÉFÉRENCES

- Battista, R., Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Williams, J.I., Pineault, R., & Boyle, P. (1989). Health related research: A conceptual framework. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 1155-1160.
- Begin, C., avec la collaboration de Bérlen, H., Joubert, P., & Poulin, D. (1984). *L'implantation de projet de rationalisation dans le domaine des affaires sociales = analyse décisionnelle (région de la Beauce et de la Gaspésie)* (Rapport de recherche). Québec: Université Laval.
- Bellavance, M. (1985). *Les politiques gouvernementales: Élaboration-gestion*. Montréal: Agence d'Arc.

- Boutin, J.G. (1983). *Comparaisons Québec-Ontario sur l'ensemble des dépenses de santé et des services sociaux* (Analyse descriptive, Direction de l'évaluation des programmes). Québec: Ministère des affaires sociales.
- Boyle, P. (1990, 10 octobre). Communication personnelle.
- Carbonneau, R., & Doucet, C. (1978). *La résistance des centres hospitaliers de courte durée à un changement proposé par le MAS* (Projet d'intervention). Montréal: ENAP.
- Crichton, A. (1985). Restructuring health services in Canada: Challenges for policy makers, planners and managers in the eighties. *International Journal of Health Planning and Management*, 1, 7-26.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.
- Densen, P.M., & Jones, E.W. (1976). The patient classification for long-term care developed by four research groups in the United States. *Medical Care*, 14(5) (Supplément), 126-133.
- Landowski, E. (1976). Analyse sémantique et analyse de contenu. Dans B. Pottier (Ed.), *Sémantique et logique* (45-55). Paris: Delarge et Mamme.
- Lemieux, V. (1986). *Les politiques publiques et l'exercice du pouvoir* (Laboratoire d'études politiques et administratives, cahier 86.01). Québec: Université Laval.
- Macdonell, J.A. (1976). Canadian experience with patient care classification. *Medical Care*, 14(5) (Supplément), 134-137.
- Mercier, C. (1990). L'évaluation des programmes d'intervention en milieu naturel. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 5(1), 1-16.
- Ministère des affaires sociales. (1974, 15 décembre). *Etat actuel de la politique québécoise en faveur des personnes âgées*. (Résumé préparé spécialement pour la consultation nationale). Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère des affaires sociales. (1982). *Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés* (3e version). Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère des affaires sociales. (1985). *Un nouvel âge à partager* (Politique du MAS à l'égard des personnes âgées). Québec: Gouvernement du Québec.

- Paradis, C. (1978). *Les aspects socio-économiques de la sénescence*. Formation médicale continue. F.M.O.Q. La gériatrie c'est notre affaire, 16 et 17 février 1978, Québec.
- Reiser, S.J. (1978). *Medicine and the reign of technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rogers, E. (1962). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Tilquin, C., & Pineault, R. (1976). *Systèmes de classification des malades par type et par niveau: Un essai théorique*. Montréal: Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
- Tilquin, C., Pineault, R., Sicotte, C., & Audette, L.M. (1977). Administration d'un réseau de services socio-sanitaires pour les personnes âgées. *Administration hospitalière et sociale*, 23(3), 26-32.
- Turgeon, J. (1983). *Evaluation du processus de décentralisation administrative vers le niveau régional en affaires sociales*. Québec: MAS.
- Winberg, A. (1986). A phased approach for conducting program evaluations. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 1(2), 1-11.