
Rôles et défis actuels des travailleurs sociaux en gérontologie dans le réseau public du Québec¹

Caroline Pelletier, T.S., Ph.D. (c.), Chargée de cours, École de travail social, Université de Sherbrooke et Gestionnaire de cas, CIUSSS de l'Estrie-CHUS
caroline.pelletier2@usherbrooke.ca

Marie Beaulieu, Ph.D., Professeure titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke et Titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS
marie.beaulieu@usherbrooke.ca

RÉSUMÉ :

Le vieillissement démographique et les réformes du réseau de la santé et des services sociaux amorcées depuis février 2015 poussent les intervenants sociaux, ainsi que tous les professionnels du réseau, à se questionner sur leur pratique tout en s'adaptant aux problématiques émergentes entourant les aînés. Par contre, devant les enjeux et les défis de taille qui semblent rester entiers dans ce contexte de réformes, peu d'écrits mettent en lumière le travail social gérontologique. Cet article vise à décrire le rôle des intervenants sociaux (techniciens en travail social, travailleurs sociaux et gestionnaires de cas travailleurs sociaux) œuvrant auprès de la clientèle âgée en contexte de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ainsi que discuter de certains enjeux et défis inhérents à cette pratique.

MOTS-CLÉS :

Intervenant social, travail social, gestionnaire de cas, clientèle âgée, centres intégrés de santé et de services sociaux, centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

INTRODUCTION

En tant que responsables des cours de travail social gérontologique dans les programmes de baccalauréat et de mineure en travail social, nous avons constaté que peu d'écrits décrivent le travail social gérontologique, encore moins dans le contexte québécois. De plus, nous pouvons percevoir que certains enjeux et défis de taille resteront aussi actuels dans le contexte de réformes amorcées, car les services aux personnes âgées ne sont pas pour l'instant annoncés dans les priorités des actions à entreprendre. Pourtant, le vieillissement de la population influe déjà sur les pratiques et ne cessera de le faire pour les 16 prochaines années, soit au moment où le pourcentage de gens de 65 ans et plus atteindra 26 % en 2031 (Institut de la statistique du Québec, 2013). Plus que jamais, les travailleurs sociaux d'aujourd'hui et de demain devront répondre aux besoins d'une clientèle aînée hétérogène, que ce soit par son âge (de 65 ans à plus de 100 ans), son genre (nettement plus de femmes que d'hommes, particulièrement chez les octogénaires et les plus âgés), sa scolarité, son revenu, son état de santé, son milieu de vie, ses relations familiales ou son appartenance générationnelle.

Pour les années 2013-2014, une augmentation marquée du nombre d'usagers desservis par le Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a été établie, ainsi qu'une augmentation dans l'intensité des services offerts aux personnes âgées et aux personnes handicapées (CSSS-IUGS, 2014). Dans un tel contexte, on peut se demander si les

¹ Avec la collaboration d'Isabelle Aubin, chef de services professionnels (Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie) et de la Direction de la qualité des soins et services du CIUSSS Estrie-CHUS.

organismes publics, privés et communautaires sont préparés à répondre aux besoins dits évolutifs² des personnes atteintes de maladies chroniques, de troubles cognitifs ou encore d'incapacités dans la vie quotidienne (Gouvernement du Québec, 2014). Sont-ils prêts à intervenir face aux problèmes en émergence chez les aînés tels que la maltraitance, l'auto-négligence, l'itinérance, la toxicomanie, les immigrants monolingues, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou celles ayant reçu un diagnostic de trisomie ou de déficience intellectuelle?

En 2013, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Réjean Hébert³, présentait le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, dont l'objectif premier était d'adapter le système actuel de santé au vieillissement de la population grâce à de nouvelles façons de fournir des soins et des services, et ce, dans le but que la clientèle puisse préserver son autonomie et puisse demeurer dans son milieu de vie le plus longtemps possible (Gouvernement du Québec, 2013). Le gouvernement libéral, au pouvoir depuis avril 2014, n'a pas encore fait connaître ses priorités en vue d'adapter le système actuel au vieillissement de la population. Les réformes proposées sont plus génériques que spécifiques à cette clientèle, mis à part les changements à la certification des résidences privées pour les aînés introduits en octobre 2015.

En début d'année 2015, le Québec comptait 93 centres de santé et de services sociaux (CSSS) partageant une mission identique (Gouvernement du Québec, 2014). Depuis le 1^{er} avril, il compte 13 CISSS et 9 CIUSSS. Bien que l'allocation des services et la définition des orientations politiques en matière de santé se décident à l'échelle provinciale, il reste que l'offre de services de première ligne a d'abord été définie localement à l'échelle de chacun des territoires des CSSS (Fleuret, Apparicio, 2011), ce qui implique l'absence de fonctionnement uniforme entre ces derniers, qui se veulent plus près des besoins de chaque région. Cette approche s'appliquera-t-elle aux CISSS et aux CIUSSS?

À l'Université de Sherbrooke, le cours *Vieillesse et société* n'est pas obligatoire pour le certificat en travail social, alors qu'il l'est pour le baccalauréat en travail social gérontologique. Malgré la hausse du taux d'inscription pour ce cours, bien peu d'étudiants expriment spontanément un intérêt à œuvrer auprès des aînés. Ce manque d'intérêt apparent est inquiétant devant le vieillissement rapide de la population, les besoins actuels et futurs dans ce domaine et les fortes possibilités que nos diplômés œuvrent auprès d'une clientèle âgée. Dans le contexte actuel, cet article vise à décrire le rôle des intervenants sociaux gérontologiques (techniciens en travail social, travailleurs sociaux et gestionnaires de cas travailleurs sociaux) afin de préciser le travail de ces intervenants et d'exposer les multiples facettes du travail social auprès des aînés et de leurs proches. Le présent article a aussi pour but de soulever les enjeux et les défis de cette pratique en constante évolution devant aussi s'adapter aux différentes réformes dans le domaine de la santé. Ce propos s'appuiera de façon plus concrète sur un exposé des pratiques au CIUSSS Estrie-CHUS, où l'une des auteures est gestionnaire de cas travailleuse sociale. Pour bien comprendre la définition des rôles des intervenants sociaux au sein de ce CIUSSS et les attentes auxquelles ils font face, il est utile de débiter par une présentation du cheminement d'une demande de services.

1. Le travail social gérontologique dans les CIUSSS

1.1 Demande de services et équipe d'accueil, évaluation, information, orientation et référence

L'équipe d'accueil, évaluation, information, orientation et référence (AEIOR) est un système spécifique au CIUSSS Estrie-CHUS. Lors d'une demande de services à l'intention d'une personne âgée en perte d'autonomie, la référence est faite, dans un premier temps, à une équipe d'évaluation. Ces demandes proviennent généralement du centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS),

² Besoins devenant de plus en plus importants avec l'évolution des maladies et la diminution de l'autonomie qui entraînent des incapacités chez la personne aînée.

³ Ministre québécois de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des aînés de septembre 2012 à avril 2014.

qui comprend deux sites (l'hôpital Fleurimont et l'hôpital Hôtel-Dieu), des services internes et externes au CIUSSS, des cabinets et cliniques médicales, des groupes de médecine familiale, du centre de réadaptation de l'Estrie, des usagers et/ou des membres de leur famille et des groupes communautaires. Certaines des références proviennent de l'extérieur de la région, par exemple en prévision d'un déménagement sur le territoire sherbrookoise. La nature des demandes est multiple : soins infirmiers, suivi psychosocial, gestion de cas, suivi en ergothérapie et/ou physiothérapie (en clinique ou à domicile), centre de jour, inhalothérapie, réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques, programme de prévention des chutes, nutrition, etc. Cette évaluation est effectuée dans le milieu de vie du client afin d'obtenir une vision globale et objective de ses besoins. Les intervenants complètent l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), un outil obligatoire dans l'ensemble du Québec pour l'évaluation des besoins et la planification des services. Celui-ci permet de tracer un portrait global de la personne et de son environnement (Delli-Colli, 2012). Un dossier réseau est alors ouvert dans le Réseau de services intégrés pour les personnes âgées.

Actuellement, l'équipe AEIOR se compose de travailleuses sociales, d'infirmières, d'une inhalothérapeute et d'un thérapeute en réadaptation physique. L'assistante au supérieur immédiat responsable de l'équipe AEIOR attribue les demandes d'évaluation selon la problématique majeure qui ressort de l'analyse. Les intervenants ne font aucun suivi à long terme. Dès que l'évaluation multiclientèle a été menée et que les services sont mis en place pour stabiliser la situation, le dossier est transféré pour un suivi en faible ou en forte intensité de services. Si le client n'a pas besoin de services ni de suivi, le dossier sera « fermé » par l'équipe AEIOR. Le client étant désormais connu du CIUSSS, cela facilitera la tâche aux intervenants advenant une nouvelle demande de services. Pour la clientèle gérontologique, il existe différentes orientations au sein du CIUSSS Estrie-CHUS, dont quelques-unes seront présentées dans cet article, telles que le suivi d'intensité variable, la gestion de cas et les services psychosociaux spécifiques aux programmes du CIUSSS et aux différents milieux de vie.

1.2 Suivi professionnel selon l'intensité des services et la complexité des besoins

Les personnes âgées présentant une perte d'autonomie sont orientées vers un suivi professionnel selon les besoins identifiés, leur complexité et l'intensité du suivi qui sera nécessaire pour assurer leur sécurité et le maintien de leur autonomie. Une clientèle nécessitant un suivi régulier d'intensité faible à moyenne pour le maintien à domicile verra son dossier transmis à un intervenant pivot du soutien à domicile (SAD). Ce suivi sera alors assuré par un travailleur social, un technicien en travail social ou une infirmière, selon le problème majeur ayant mené à la perte d'autonomie. Par contre, s'il s'agit d'une clientèle présentant une perte d'autonomie fonctionnelle importante et des besoins complexes, le dossier sera transféré en gestion de cas, car le client nécessite un suivi de type réseau⁴, considéré comme étant de forte intensité.

L'intervenant pivot : travailleur social et technicien en travail social

Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'intervenant social communément appelé pivot SAD travaille auprès de la clientèle âgée dont les besoins de suivi sont de faible à moyenne intensité. Cela signifie que le client a été évalué par l'équipe AEIOR, que des services ont été mis en place (par exemple, l'aide à l'hygiène, à l'habillement, à la préparation de repas, etc.); parfois, ce sont les différents facteurs de risque qui justifient le suivi (risque d'épuisement de l'aidant, risque de décompensation sur le plan psychologique, risque de maltraitance, etc.). Si la situation est stable, une réévaluation annuelle effectuée par l'intervenant pivot est obligatoire afin de s'assurer que le besoin est toujours présent et ainsi de confirmer la poursuite des services en place et du suivi. Étant donné que la majorité des dossiers à faible ou moyenne intensité ne nécessite pas de suivi intensif ou de mesures d'urgence, sauf dans des situations particulières, ces dossiers seront orientés vers les

⁴ Le suivi de type réseau favorise la concertation des organismes communautaires, publics et privés, des médecins traitants, etc.

techniciens en travail social de l'équipe de suivi à intensité variable qui pourraient alors se retrouver avec une très grande charge de dossiers (environ 175). Les dossiers en suivi d'intensité variable comportant une dimension psychosociale plus marquée et nécessitant une faible coordination de services seront orientés vers les travailleurs sociaux dans le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées. C'est la nature des besoins qui détermine si le suivi sera assuré par un technicien en travail social ou un travailleur social. Les pratiques sont alors axées sur : 1) le potentiel des personnes âgées; 2) l'évaluation précoce des facteurs de risque; 3) l'autodétermination; 4) la mise en réseau dans une perspective préventive.

L'intervenant pivot : gestionnaire de cas et gestionnaire de cas travailleur social

La gestion de cas en contexte de CIUSSS, qui est une composante du réseau de services intégrés pour les personnes âgées, favorise la mise en œuvre du réseau autour de la personne âgée et de ses proches. Les gestionnaires de cas jouent plusieurs rôles, dont l'évaluation du client dans sa globalité, l'élaboration d'un plan de services individualisés et d'allocation de services en collaboration avec le client, la famille et les partenaires, l'ajustement des services en cours, la coordination des services et enfin la représentation de l'utilisateur dans son parcours au sein du réseau local de services.

Les gestionnaires de cas sont rattachés à la mission du centre local de santé communautaire (CLSC) au sein même du CIUSSS Estrie-CHUS. Il s'agit d'une équipe interdisciplinaire composée de travailleurs sociaux, d'infirmières et d'ergothérapeutes. Leur charge de cas compte environ de 40 à 45 dossiers (pour un professionnel qui travaille à temps plein). L'intensité des services et du suivi fait en sorte qu'un gestionnaire de cas ne peut pas avoir plus de dossiers actifs. Le suivi en gestion de cas se termine lorsque le client est orienté dans un milieu de vie de type ressource intermédiaire ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ou après son décès ou son déménagement dans une autre région. Le modèle de pratique de la gestion de cas au CIUSSS Estrie-CHUS est bien défini. Bien que chaque intervenant ait été formé dans une discipline professionnelle particulière, le gestionnaire de cas devra accorder la priorité à la coordination des services, et ce, qu'il soit travailleur social ou autre. Plus précisément, certaines situations l'amèneront à mettre de l'avant ses savoirs et savoir-faire issus de la profession, mais il ne fera pas de suivi à moyen ou long terme. Si la problématique psychosociale est majeure, une demande sera remplie pour un suivi psychosocial à court terme dans le cadre des programmes du CIUSSS par un travailleur social qui ne fait pas de gestion de cas et qui peut assurer un suivi (Couturier et Belzile, 2013). Le modèle de gestion de cas mis en place au CIUSSS Estrie-CHUS est le modèle hybride, c'est-à-dire que le professionnel :

« conserve une composante clinique mineure dans son champ professionnel d'appartenance. Il peut, par exemple, intervenir à titre de travailleur social auprès de sa clientèle en gestion de cas dans la mesure où cette tâche n'affecte pas son rôle premier de coordination des services pour l'ensemble de sa charge de cas » (Couturier, Belzile, 2013 : 123).

La complexité des problèmes présents chez la clientèle admissible à la gestion de cas, la diversité des systèmes et les défis relatifs à la gestion des interactions entre les différents acteurs exigent que le gestionnaire de cas possède des compétences particulières. Le gestionnaire de cas travailleur social doit plus spécifiquement maîtriser l'ensemble des compétences professionnelles et personnelles élaborées dans le *Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* (OTSTCFQ, 2012). Le gestionnaire de cas travailleur social « doit de plus avoir acquis des connaissances théoriques spécifiques (savoir), démontrer des habiletés pratiques adaptées au contexte de la gestion de cas (savoir-faire) et déployer des attitudes au diapason de la réalité de cette approche (savoir-être) » (OPTSQ, 2006 : 155).

Enfin, les savoirs et les compétences d'un gestionnaire de cas issu du champ professionnel psychosocial peuvent se traduire par : 1) une position plus affirmée dans le domaine légal et sur le plan clinique; 2) une aptitude particulière à diriger une démarche psychosociale et 3) une capacité

d'influencer de façon efficace l'orientation d'une démarche (OPTSQ, 2006). Les principes de base pour le gestionnaire de cas travailleur social correspondent aux valeurs fondamentales du travail social, soit de

« favoriser l'autonomie des personnes, de soutenir leurs capacités de prendre des décisions pour elles-mêmes, de maintenir leur qualité de vie le plus longtemps possible dans le milieu et l'entourage qui leur est familier et de leur faciliter l'accès aux services auxquels elles ont droit » (OPTSQ, 2006 : 10).

Ainsi, que ce soit un suivi d'intensité variable ou de forte intensité, les travailleurs sociaux et les techniciens en travail social maintiennent les valeurs fondamentales du travail social.

1.3 Services psychosociaux spécifiques

Selon les programmes du CIUSSS Estrie-CHUS

Les clients ayant droit aux services sociaux à court terme de l'intervenant pivot SAD sont les personnes âgées et les adultes vulnérables qui présentent une perte d'autonomie fonctionnelle ou une maladie hypothéquant leur quotidien. Les proches aidants sont aussi considérés comme les clients des CISSS et des CIUSSS. Quelle est la nature des demandes? Les intervenants sociaux doivent être polyvalents et prêts à faire face à de multiples problèmes psychosociaux, tels que l'épuisement des proches aidants, l'isolement familial et social, le deuil (relié aux pertes d'autonomie fonctionnelle, du domicile, du permis de conduire, d'amis, etc.), la maltraitance de tout type, etc. Pour traverser ces différentes épreuves, les clients peuvent éprouver des besoins psychosociaux exigeant diverses interventions : soutien dans leur processus d'adaptation, aide à la compréhension de leur qualité de vie et de leur capacité à s'autodéterminer, processus de deuil, travail sur la compréhension du fardeau (pour les proches aidants), etc.

Les intervenants pivots SAD qui travaillent auprès de la clientèle en suivi d'intensité variable (faible ou moyenne) peuvent assurer un certain suivi psychosocial, mais si la demande est trop élevée, le dossier sera acheminé à l'équipe psychosociale effectuant seulement un suivi à court terme (environ 10 rencontres). Si le client doit effectuer un séjour pour une évaluation et/ou de la réadaptation en unité de réadaptation fonctionnelle intensive, en unité transitoire de récupération fonctionnelle, en unité de courte durée gériatrique ou encore dans un programme de convalescence, un suivi sera assuré par un intervenant social sur place qui fera le pont avec les professionnels du soutien à domicile, soit l'intervenant pivot SAD ou le gestionnaire de cas déjà rattaché au dossier du client.

Selon les milieux de vie

Les différents besoins énumérés précédemment peuvent émerger à la suite d'une admission en ressource intermédiaire ou en CHSLD, des milieux de vie qui font également partie des CISSS ou des CIUSSS. Par contre, lors de l'hébergement, d'autres composantes s'ajoutent au travail social, soit les interventions individuelles auprès du client et les interventions de groupes auprès du client et de sa famille, qui peuvent prendre diverses formes, dont la démystification du milieu de vie et de soins, l'aide à la transition du rôle de soignant à celui d'enfant ou conjoint⁵ et la transmission d'informations sur les problématiques reliées aux troubles cognitifs. Ces interventions permettent de soutenir les membres de la famille dans la poursuite de leur relation auprès de la personne relocalisée présentant des atteintes cognitives, de leur offrir de l'information sur le processus de deuil, etc.

1.4 Particularités pour les travailleurs sociaux

En juin 2009 a été adoptée la Loi 21, qui a entraîné la redéfinition de certains actes relevant désormais du champ des compétences des travailleurs sociaux. Il s'agit de l'évaluation psychosociale,

⁵ Il s'agit ici de la transition d'un rôle de proche aidant pourvoyeur de soins à celui d'un proche aidant accompagnateur. Ce dernier doit apprendre à déléguer les tâches de soins aux différents professionnels de l'établissement et à rendre visite à son proche en se réappropriant son rôle d'enfant ou de conjoint.

devenue l'évaluation du fonctionnement social (OTSTCFQ, 2011). Le terme « évaluation psychosociale » est toujours utilisé pour désigner toute évaluation relative à l'adoption ou à l'ouverture d'un régime de protection ou du mandat en prévision de l'inaptitude du mandant (OTSTCFQ, 2011), ce qui la différencie de l'évaluation du fonctionnement social, qui :

« porte sur l'analyse des caractéristiques de la personne en interaction avec celles de son environnement immédiat et sociétal ainsi que les problèmes sociaux auxquels elle est confrontée, afin de comprendre sa situation de manière globale. L'évaluation tient compte des principes de respect des droits de la personne, de l'autonomie et de l'autodétermination » (OTSTCFQ, 2011 : 9).

Jusqu'à tout récemment, le gestionnaire de cas travailleur social effectuait l'évaluation psychosociale afin de mettre en place une mesure de protection pour les clients vulnérables. Depuis octobre 2015, une nouvelle consigne a été donnée au CIUSSS Estrie-CHUS : les gestionnaires de cas, même s'ils sont travailleurs sociaux, n'effectuent plus cette évaluation. Ils doivent diriger le client vers une travailleuse sociale du CIUSSS mandatée spécifiquement pour réaliser les évaluations psychosociales demandées par les techniciens en travail social et les autres intervenants. Même si les travailleurs sociaux possèdent dans l'exercice de leurs fonctions l'exclusivité de l'évaluation psychosociale d'une personne (OTSTCFQ, 2011), ils perdent leur spécificité professionnelle lorsqu'ils sont gestionnaires de cas.

1.5 Orientation vers des ressources externes

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est impossible pour les CISSS et les CIUSSS de répondre à tous les besoins identifiés chez la clientèle gérontologique présentant une perte d'autonomie fonctionnelle ou ayant des besoins spécifiques en lien avec des problématiques particulières (Hoover, Rotermann, 2012). Avec le vieillissement de la population, les demandes risquent d'être plus nombreuses (Hoover, Rotermann, 2012) et plus exigeantes, car les futures générations d'aînés seront plus scolarisées (Gouvernement du Canada, 2014), et les problématiques sociales de plus en plus complexes : auto-négligence, clientèle homosexuelle et transgenre vieillissante, criminels vieillissants, problèmes de santé mentale, itinérance, etc. C'est la raison pour laquelle les intervenants sociaux doivent diriger leurs clients vers des organismes communautaires ou des entreprises d'économie sociale pour répondre à certains besoins ciblés. L'orientation des clients vers ces ressources dépend du champ d'action spécifique de ces dernières : la lutte contre la maltraitance envers les aînés, la pauvreté ou l'isolement familial et social, ou encore la défense des droits, la facilitation de l'accès au loyer, etc. Dès que le client reçoit des services fournis par une ressource externe, un partenariat se met en place entre les intervenants de ces ressources et ceux du CISSS ou du CIUSSS. Les bénévoles ou intervenants de ces organismes deviennent alors des acteurs faisant partie du quotidien des clients et contribuent au plan d'intervention.

2. Réflexion sur le travail social en contexte de CIUSSS

La complexité du travail gérontologique en contexte de CIUSSS suscite une réflexion sur le contexte de travail actuel au Québec. Quatre dimensions seront traitées plus en profondeur : la prévention, la multiplicité des professionnels dans un dossier, l'approche centrée sur l'offre de services existante ou sur les résultats personnels (modèle écossais) et la réalité des travailleurs sociaux.

2.1 La prévention

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de la clientèle gérontologique est toujours précédée d'une demande effectuée auprès de l'accueil pour le soutien à domicile. Malheureusement, de nombreuses personnes ne seront jamais évaluées, même si elles auraient besoin de services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ou les organismes communautaires. Quels moyens préventifs pourrait-on employer pour permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps

possible dans leur domicile tout en maintenant leur autonomie fonctionnelle? Il est indéniable que le travail effectué par l'équipe AEIOR permet d'avoir accès à une multitude de renseignements sur les différents fournisseurs de services dans le RSSS et les services communautaires. Cette équipe peut faire de la prévention, par exemple sur les risques de chutes à domicile ou les maladies chroniques, et faire les références nécessaires aux programmes spécifiques de prévention. En général, les demandes d'évaluation sont effectuées lorsqu'un problème se pose à domicile ou qu'une inquiétude précise est soulevée. Lorsque l'évaluation de l'autonomie est accomplie, les clients sont généralement transférés sur une liste d'attente, telle que la gestion de cas en suivi d'intensité variable, etc. Les délais d'obtention d'un suivi peuvent être longs. Par contre, le fait de mieux connaître les services du CIUSSS Estrie-CHUS, des entreprises d'économie sociale et des organismes communautaires de Sherbrooke permet aux personnes âgées ainsi qu'à leurs proches aidants de mieux se préparer en cas de besoin (soutien, écoute, aide à domicile, accompagnement, etc.), de se mettre en action et d'aller chercher des services en attendant de recevoir ceux du CIUSSS Estrie-CHUS.

Dans son mémoire sur le *Projet de loi n° 10, qui modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales*, l'OTSTCFQ explique que les Scandinaves ont obtenu des résultats à la hauteur de leurs attentes en intégrant un volet de promotion et de prévention à leur programme. Cette approche fondée sur la promotion et la prévention, comparativement aux approches curatives actuellement en place, permettrait au gouvernement de faire des économies dans le domaine de la santé et des services sociaux. Le principal obstacle auquel se heurtent les intervenants pivots SAD à cet égard demeure le grand nombre de dossiers. Un allègement de cette charge pourrait leur permettre de répondre à ce besoin, et de réduire ainsi les situations d'urgence.

2.2 La multiplicité des professionnels dans un dossier

Les alternatives en matière de services psychosociaux étant nombreuses, il peut parfois devenir difficile pour le client de savoir vers quelle ressource se tourner en cas de besoin. Même si les CISSS et les CIUSSS considèrent les proches aidants des personnes présentant une perte d'autonomie fonctionnelle comme étant des clients, les interventions dont ils bénéficient sont parfois limitées (Lavoie, Rousseau, 2008). Le fait que plusieurs intervenants soient actifs dans un même dossier, par l'entremise de divers programmes et services selon les besoins identifiés, devient parfois une source d'inquiétude pour les proches aidants. Quels sont les services possibles? À qui les demander? Il n'est pas toujours facile de se retrouver dans les méandres des services et des programmes offerts. Cela peut aussi représenter un défi pour les gestionnaires de cas qui coordonnent une multitude de services dans un même dossier. Dans une situation précise, telle une hospitalisation du client, les gestionnaires de cas doivent s'assurer de faire le suivi avec les différents fournisseurs de services ainsi qu'avec les proches aidants. Un défi de taille pour les différents intervenants travaillant ensemble consiste à bien établir les limites et les interventions de chacun de façon à ne pas empiéter sur les tâches d'un collègue et d'éviter le chevauchement des interventions. Le gestionnaire de cas se heurte parfois au fait qu'il n'est pas un expert dans tous les domaines et qu'il doit laisser la place à un professionnel pouvant répondre de façon plus adéquate à un besoin spécifique de l'utilisateur. De plus, nombre de personnes âgées, ainsi que leurs proches aidants, présentent de multiples problèmes de santé ou sociaux qui s'entrecroisent. Dans un tel contexte, comment est-il possible d'assurer un suivi adéquat de chaque besoin?

2.3 L'approche centrée sur l'offre de services existante ou sur les résultats personnels : le modèle écossais

La logique actuelle des services au Québec, au sein des CISSS ou des CIUSSS, repose sur l'offre d'un panier de services plutôt que sur les besoins spécifiques des aînés. Cette logique présuppose que les programmes-clientèles possèdent la capacité de répondre aux attentes de la clientèle. Comme l'expliquent ces auteurs :

« L'usage de grilles ou d'outils d'évaluation standardisés est de plus en plus fréquent dans ces programmes pour évaluer les besoins afin de déterminer [I]es services qui seront nécessaires pour y répondre. Or, les programmes actuels font en sorte que c'est le producteur de services qui détermine à la fois les besoins de la personne et la réponse à ces besoins en établissant une offre de service préétablie » (Carrier, Morin, Garon et al., 2013 : 6).

L'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) est un exemple concret d'outil standardisé utilisé pour évaluer le client dans sa globalité, mais aussi pour déterminer les services nécessaires pouvant répondre à certains de ses besoins. L'offre de services actuelle n'est pas en mesure de répondre à tous les besoins identifiés. L'approche organisationnelle ne tient pas compte des aspirations personnelles de la clientèle dans la détermination de ses besoins ainsi que des moyens qu'elle peut prendre pour y répondre (Carrier, Morin, Garon et al., 2012).

Au Québec, il est encore difficile d'évaluer la mesure des effets que produisent les services mis en place dans la vie des usagers (Carrier, Morin, Garon et al., 2012). L'Écosse, quant à elle, a recours à une approche organisationnelle centrée sur les résultats personnels qui se base sur des données probantes, nommée *Talking Points* (Bruce, 2013). Dans le cadre de cette approche, les résultats importants pour les usagers sont classifiés selon la qualité de vie, le processus (recherche, obtention et utilisation des services) et le changement (Bruce, 2013). Ces résultats ont des effets tant sur les plans personnels, dans la mesure où ils correspondent aux attentes de la personne, (Highland Council, 2006, cité dans Carrier, Morin, Garon et al., 2013) qui devraient être « au cœur des pratiques et des politiques de santé et des services sociaux » (Cook, Miller, 2012; Highland Council, 2006; Open University, 2013, tous cités dans Carrier, Morin, Garon et al., 2013 : 9). Afin d'améliorer les services offerts à la clientèle québécoise, il serait peut-être intéressant de modifier, voire de repenser la logique inhérente à l'offre de services de manière à placer les usagers et leurs proches aidants au centre de leur propre soutien (Carrier, Morin, Garon et al., 2013). Toutefois, comme nous allons le voir, le projet de loi n° 10 ne semble pas aller dans ce sens.

2.4 La réalité des travailleurs sociaux : maintenir la qualité de leurs services

Alors que les différents professionnels s'adaptent aux nouvelles problématiques en contexte de CISSS ou de CIUSSS, des changements importants sont amorcés et vont se poursuivre au cours des mois à venir. Actuellement, il est difficile d'estimer l'ampleur et la nature des changements annoncés. Le gouvernement du Québec a adopté une loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales. L'objectif visé consiste à créer un établissement unique par région, soit un CISSS ou encore un CIUSSS dans les régions sociosanitaires où est situé le siège d'une université comprenant une faculté de médecine (Gouvernement du Québec, 2014). Les objectifs de cette réforme sont consensuels, souhaitables et cohérents avec les objectifs principaux des réformes élaborées au cours des dernières années (Contandriopoulos, Perroux, Brousselle et al., 2014), tels qu'une intégration des services et un allègement de la bureaucratie et des structures, ainsi qu'une ligne d'autorité, une gouvernance et une imputabilité plus claires (Gouvernement du Québec, 2014). Il est question d'une meilleure coordination des services ainsi que d'une meilleure accessibilité pour les patients à l'ensemble des soins de santé, d'un plus vaste éventail de ressources accessibles à la population, d'une meilleure circulation de l'information au dossier d'un patient, et ce, malgré une diminution de postes de cadres supérieurs et du personnel administratif (Gouvernement du Québec, 2014). Les objectifs énumérés dans le projet de loi sont définis selon une terminologie essentiellement médicale, ce qui soulève des inquiétudes quant aux aspects psychosociaux, qui ne doivent pas être négligés. D'autres points sont présentés, tels qu'un nouveau mode d'allocation des ressources financières, où les budgets seront alloués en fonction des programmes-services, dans l'optique d'un mode de financement axé sur le patient (Gouvernement du Québec, 2014). Les différences qui existaient déjà entre les territoires des CSSS seront-elles aplanies ou exacerbées? Comment envisager un élargissement de l'éventail de

ressources tout en réduisant le nombre de professionnels sur le terrain? Comment conjuguer l'accessibilité aux soins de santé et la qualité du service? Moins de professionnels, plus de services, plus d'accessibilité, une meilleure qualité : de tels paramètres sont-ils conciliables?

Et que dire de toutes les tâches administratives qui s'accumulent? Les professionnels doivent être en mesure de répondre aux exigences de leur ordre professionnel ainsi que de celles de leur établissement, qui diffèrent parfois. Si des interventions sont effectuées dans un milieu hospitalier par un gestionnaire de cas, une inscription doit être faite au dossier médical ainsi que dans le dossier informatisé du réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Un autre exemple : un client a besoin d'aide pour un soin d'hygiène par semaine. Pour permettre la mise en place de ce seul service, plusieurs interventions doivent être effectuées et plusieurs étapes doivent être franchies : cueillette d'information auprès des aidants et du médecin, évaluation multicientèle, élaboration d'un plan de services individualisés et d'allocation de services, présentation du dossier à un comité d'accès aux services à domicile, etc. Face à toute cette bureaucratie et considérant le nombre important de dossiers par intervenant, les listes d'attente sont probablement inévitables.

Pour travailler auprès de tout être humain, les professionnels doivent posséder des qualités particulières mais aussi des connaissances, attitudes, habiletés et valeurs spécifiques (OTSTCFQ, 2012). Exiger que les professionnels en fassent plus en moins de temps risque d'accroître la fatigue inhérente au métier. La succession de réformes mises en place au cours des dernières années a eu pour effet de créer de la détresse psychologique au sein du personnel du réseau de santé et des services sociaux, et les nouvelles modifications à venir ne devraient pas améliorer la situation (Montplaisir, 2014). La logique qui sous-tend l'offre de services est toujours la même soit : un panier de services à offrir aux usagers plutôt qu'une logique fondée sur les résultats personnels. Chose certaine, que ce soit au palier gouvernemental ou directement dans le cadre de travail des professionnels des CISSS ou des CIUSSS, les travailleurs sociaux d'aujourd'hui et de demain devront s'adapter aux changements à venir et fournir les meilleurs services possibles avec les ressources disponibles.

CONCLUSION

La présentation du travail social gérontologique, tel qu'exercé actuellement au CIUSSS Estrie-CHUS, nous a permis d'établir certains enjeux auxquels font face les clients et les intervenants. En premier lieu, la clientèle âgée se retrouve souvent aux prises avec des changements d'intervenants. Cela peut s'expliquer par la complexité des besoins ou l'intensité des services et de la coordination nécessaires, ou encore par le roulement de personnel dû à des vacances, des congés de maladie, des congés de maternité, etc. De plus, même si un client bénéficie d'un suivi en gestion de cas assuré par un travailleur social, une nouvelle demande devra être faite en présence d'un besoin spécifique sur le plan psychosocial pour obtenir un suivi par un travailleur social. Le nombre parfois important de professionnels intervenant dans un même dossier peut amener l'ainé et ses aidants à ne plus savoir à qui s'adresser en cas de besoin. Cette situation a également des répercussions sur les différents professionnels, qui doivent préciser les limites de leur rôle, de façon à ne pas empiéter sur celui de leurs collègues. D'autre part, les techniciens en travail social surchargés de dossiers se retrouvent parfois dans un mode dit curatif, forcés de réagir constamment aux urgences. Qu'ils soient techniciens en travail social, travailleurs sociaux ou gestionnaires de cas travailleurs sociaux, tous ces professionnels sont aussi aux prises avec la multitude de documents et de formulaires à remplir et à mettre à jour. De plus, le fait que les gestionnaires de cas travailleurs sociaux ne feront plus d'évaluation psychosociale dans le cadre de mesures de protection aux majeurs risque d'avoir pour effet de miner leur rôle spécifique, puisqu'il s'agit d'un acte qui leur est réservé. Un autre aspect qui pourrait être documenté est celui des répercussions sur les travailleurs sociaux de la rédefinition du modèle de la gestion de cas, en voie de perdre sa dimension hybride. Enfin, un défi de taille consiste à stimuler l'intérêt des futurs travailleurs sociaux envers la clientèle âgée, puisque les besoins déjà importants de celle-ci s'accroîtront dans les années à venir. Comme ce manque d'intérêt peut découler

d'une pénurie de formation et d'information sur la clientèle vieillissante et les pratiques qui y sont associées, il est particulièrement important de maintenir les cours universitaires sur le vieillissement et la société. La collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire est également un aspect important du travail effectué en contexte de CISSS ou de CIUSSS. L'évaluation globale de la clientèle aînée, en raison du chevauchement des problématiques en cause, favorise naturellement le recours à une telle approche. La multitude de professionnels intervenant dans un dossier peut sembler négative à première vue, mais elle s'avère cruciale pour l'orientation du client, tant dans le réseau que vers les services offerts par les organismes communautaires. Notre illustration des diverses composantes du travail gérontologique, présentée à la lumière des pratiques du CIUSSS Estrie-CHUS, permet d'apprécier l'organisation des services offerts aux aînés, selon le modèle actuellement en place au Québec.

Étant donné la pénurie actuelle de personnel, de ressources et de financement, comment pourra-t-on répondre à la demande grandissante à prévoir dans les années à venir? Actuellement, afin d'assurer le meilleur service possible à leur clientèle, les intervenants sociaux des CISSS ou CIUSSS dirigent les usagers tant dans le réseau interne de services que vers les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale susceptibles de les aider. Il est indéniable que les services offerts par le milieu communautaire sont indispensables et grandement appréciés autant par la clientèle que par les intervenants issus de toutes les professions œuvrant au sein des CISSS ou des CIUSSS. Toutefois, ces milieux éprouvent aussi des contraintes de financement, et les services qu'ils fournissent peuvent s'avérer précaires.

Dans ce contexte, selon les orientations gouvernementales et les politiques qui seront mises en place, les CISSS et CIUSSS définiront leur rôle, leur implication auprès de la clientèle et l'offre de services possible. À partir de ce nouveau tableau, les professionnels auront une meilleure idée de leur contexte de travail. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les orientations gouvernementales ne sont pas clairement définies. Chose certaine, cependant, les services offerts par les organismes communautaires occuperont une place importante dans la poursuite des services. Devront-ils compenser pour un grand nombre de services que les CISSS ou CIUSSS ne seront pas en mesure de donner? C'est en réaction à cette préoccupation que la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (CTROC) recommande, dans un mémoire intitulé *Projet de loi 10 : la régionalisation en péril*, « de prévoir un mécanisme pour protéger les ressources et les budgets consentis à la mission préventive et aux services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux, et un accès équitable pour ces missions aux nouveaux budgets alloués, le cas échéant » (CTROC, 2014 : 5). Dans toute cette ère de changements annoncés par le gouvernement du Québec, il importe de maintenir la clientèle gérontologique au cœur des préoccupations et de s'assurer qu'elle puisse bénéficier de services de qualité au moment opportun.

ABSTRACT:

The aging population and reforms in the health and social services network initiated in February 2015 have led social practitioners, as well as all professionals in the network, to question their practice while adapting to emerging issues regarding seniors. However, in light of the issues and major challenges, which seem to remain open in this reform context, little of the literature focuses on gerontological social work. This article seeks to describe the role of the social practitioner (social service worker, social worker and case manager with social work background) who works with an older clientele within the context of integrated health and social services centres and integrated university health and social services centres. It also discusses the issues and addresses the challenges of this practice.

KEY WORDS:

Social practitioner; social work; case manager; senior client; integrated health and social services centres; integrated university health and social services centres

RÉFÉRENCES

- Bruce, C. (2013). « Talking Points : une approche centrée sur les résultats personnels dans les soins de la santé et les services sociaux » : 42-47, dans S. Carrier, P. Morin, S. Garon, A. Lambert, L. Gerber et M.-P. Beaudoin (sous la dir.), *Le modèle écossais. De la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés*, Governance International : United Kingdom.
- Carrier, S., Morin, P., Garon, S., Lambert, A., Gerber, L. et M.-P. Beaudoin (2013). « Que pouvons-nous apprendre de l'Écosse? » : 3-20, dans S. Carrier, P. Morin, S. Garon, A. Lambert, L. Gerber et M.-P. Beaudoin (sous la dir.), *Le modèle écossais. De la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés*, Governance International : United Kingdom.
- Carrier, S., Morin, P. et S. Garon (2012). « L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie », *Intervention*, n° 2, 47-56.
- Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (2014). *Projet de loi 10 : la régionalisation en péril*, Mémoire de la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (CTROC) présenté à la Commission de la Santé et des services sociaux sur la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, 18 p.
- CSSS-IUGS (2014). *Rapport annuel 2013-2014*, 117 p.
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A. et M. Breton (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n° 10 et des avenues d'intervention souhaitables*. Mémoire sur le projet de loi n° 10, loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, 22 p.
- Couturier, Y. et L. Belzile (2013). « La gestion de cas » : 97-140, dans Y. Couturier, D. Gagnon, L. Belzile et M. Salles, (sous la dir.), *La coordination en gérontologie*, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Delli-Colli, N. (2012). « L'outil d'évaluation multiclientèle et le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle », communication Powerpoint présentée au Centre de recherche sur le vieillissement.
- Fleuret, S. et P. Apparicio (2011). « Essai de typologie des centres de santé et de services sociaux du Québec », *Le Géographe canadien*, vol. 55, n° 2, 143-157.
- Gouvernement du Québec (2014). « Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux », dans *Santé et services sociaux*. Extrait du site du gouvernement du Québec : <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommuniqué.php?id=809>. Consulté le 25 septembre 2015.
- Gouvernement du Québec (2014). « Instances locales (CSSS)/Réseaux locaux de services ». Extrait du site du gouvernement du Québec : <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02ListeInstLoc.asp>. Consulté le 5 décembre 2014.
- Gouvernement du Québec (2014). « Le ministre Gaéтан Barrette propose des modifications et des ajustements au projet de loi n° 10 », dans *Portail Québec*. Extrait du site du gouvernement du Québec : <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?aguillage=ajd&type=1&idArticle=2212018851>. Consulté le 21 décembre 2014.
- Gouvernement du Québec : « État de santé et bien-être de la population québécoise », dans *Système de santé et de services sociaux en bref*. Extrait du site du gouvernement du Québec : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/etat-de-sante>. Consulté le 5 décembre 2014.
- Gouvernement du Québec (2013). « L'autonomie pour tous. Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie », Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 46 p.
- Hoover, M. et M. Rotermann (2012). « Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009, Statistique Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 23, n° 4, 9 p.
- Institut de la statistique du Québec (2013). « Le bilan démographique du Québec », Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Lavoie, J.-P. et N. Rousseau (2008). « Pour le meilleur et pour le pire. Transition aux soins et identités conjugales », *Enfances, Familles et Générations*, vol. 9, 119-132.

- Montplaisir, C. (2014). « Le réseau pris au piège d'une nouvelle réforme », *L'APTS en revue*, 32 000 indispensables, vol. 10, n° 2, 4-5.
- OTSTCFQ (2014). *Mémoire, Projet de loi 10*, Mémoire sur le projet de loi no 10, loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, 29 p.
- OTSTCFQ (2012). *Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, 34 p.
- OTSTCFQ (2011). *Cadre de référence, L'évaluation du fonctionnement social*, 41 p.
- OPTSQ (2006). *Le travailleur social, la travailleuse sociale gestionnaire de cas*, 22 p.