

Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux associées au temps fourni au soutien à domicile

par

Nathalie Delli-Colli, T.S.

Professeure

École de travail social

Faculté des lettres et des sciences humaines

Université de Sherbrooke

Courriel : nathalie.delli-colli@sherbrooke.ca

Marie-France Dubois, Ph. D.

Professeure agrégée

Département de santé communautaire

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

Nicole Dubuc, Ph. D.

Professeure titulaire

École des sciences infirmières

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

Chercheuse- Centre de recherche sur le vieillissement

Réjean Hébert, md. MPhil

Professeur titulaire

Département de médecine de famille

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

Chercheur- Centre de recherche sur le vieillissement

Lise Trottier, M.sc

Statisticienne

Centre de recherche sur le vieillissement

Compte-rendu d'une recherche menée auprès d'intervenants des services de soutien à domicile de quatre CSSS de l'Estrie et de leurs clients âgés.

Resumé of a study with social workers and their elderly clients from four CSSS in the Estrie region, in the field of home support services.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 138 (2013.1): 33-44.

Au Québec, environ 88 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent à domicile et 6 % reçoivent des services de soutien à domicile (ministère de la Famille et des Aînés et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Dans le cadre de ces services, la fonction de travailleur social auprès des aînés et de leurs proches aidants est de déterminer et d'évaluer les besoins psychosociaux reliés à la perte d'autonomie, de mobiliser et de soutenir les ressources du réseau formel et informel et d'améliorer le fonctionnement social de l'aîné ainsi que ses conditions de vie (Berkman, Maramaldi, Breon et Howe, 2002; Matte, 2000).

Une partie des activités du travailleur social s'effectuent en présence de la personne âgée ou de son proche aidant afin de procéder à une évaluation psychosociale et de déterminer les objectifs d'intervention et de suivi psychosocial (Naito-Chan, Damron-Rodriguez et Simmons, 2004). Parallèlement, le travailleur social effectue aussi des activités dites indirectes visant l'organisation de services et l'échange d'information avec les autres professionnels de l'équipe ou les partenaires du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) (Kadushin et Egan, 2008; Matte, 2000). S'ajoutent aussi des activités non cliniques composées de tâches administratives, de participation à des comités et de supervision de stagiaires, activités qui occupent une part importante de leur travail (Delli-Colli, Dubuc, Veilleux et Gauthier, 2010).

Or, ces dernières années, les travailleurs sociaux témoignent de leur difficulté à conjuguer l'ensemble des tâches étant donné la taille de leur charge de cas, l'accroissement des tâches administratives et les besoins des usagers (Simard, 2012). Malgré cette situation, plusieurs services de soutien à domicile demandent aux travailleurs sociaux d'intervenir auprès de plus de personnes âgées et d'effectuer davantage d'activités directes. Toutefois, cette demande faite aux travailleurs sociaux ne s'accompagne pas d'une évaluation globale de l'ensemble de la charge de travail de ces derniers et des éléments pouvant l'affecter, par exemple, la

complexité des dossiers. À ce jour, il n'existe pas de standards basés sur des données probantes pour définir ce que peut représenter une charge de cas gérable ou raisonnable pour un travailleur social ou, en d'autres mots, un ratio travailleur social/nombre de dossiers.

Afin d'apporter un éclairage supplémentaire aux travailleurs sociaux sur leur charge de travail, certains auteurs ont étudié les caractéristiques des usagers qui ont une influence sur le temps fourni par des travailleurs sociaux. Ces études ont principalement eu lieu en milieu hospitalier auprès d'adultes avec des problèmes de santé physique ou mentale (Gathercole et DeMello, 2001; Semke, Stowell et Durgin, 1993). Dans ce type de milieu, où l'épisode de services est relativement délimité dans le temps, le nombre de problèmes psychosociaux, les facteurs de risque ou les ressources personnelles et sociales d'un usager pour faire face à ses difficultés ont un impact sur le temps consacré par les travailleurs sociaux (Coulton, Keller et Boone, 1985; Gathercole et DeMello, 2001; Semke et al., 1993). Les caractéristiques des travailleurs sociaux, comme leur expérience, n'ont pas été abordées dans ces études alors qu'elles peuvent avoir une influence sur le temps fourni aux usagers (Gathercole et DeMello, 2001). À ce jour, aucune étude ne s'est attardée aux caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Afin de développer un outil de gestion de la charge de travail utile au quotidien, il est important de comprendre les éléments qui affectent le temps et les différentes activités effectuées par les travailleurs sociaux.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux qui influencent le temps fourni aux usagers dans des services de soutien à domicile.

À cette fin, nous décrivons d'abord les caractéristiques individuelles des personnes âgées et des travailleurs sociaux œuvrant dans ces services et la répartition du temps total fourni par les travailleurs sociaux pour effectuer leurs différentes activités. Nous mettons ensuite en relation ces deux éléments et une discussion sur les principaux résultats conclut cet article.

L'étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique à la recherche sur le vieillissement du CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) et du comité d'éthique à la recherche des CSSS de l'Estrie. L'autorisation de recruter des travailleurs sociaux a été donnée par les CSSS. Tous les participants à l'étude ont signé un formulaire d'information et de consentement.

Méthodologie

Sélection de l'échantillon

Pour la présente étude, quatre CSSS de différentes tailles et zones géographiques ont été sélectionnés. La liste des travailleurs sociaux admissibles était fournie par les gestionnaires. Tous étaient sollicités, mais leur participation était volontaire. Pour être admissible, le travailleur social devait : 1) avoir au moins deux ans d'expérience dans sa profession; 2) travailler à temps complet; 3) exercer au moins 50 % de sa tâche en suivi psychosocial auprès des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile.

Les personnes âgées admissibles devaient être âgées de 65 ans et plus et avoir fait l'objet d'au moins une activité directe ou indirecte effectuée par un travailleur social recruté au cours de la période d'étude de 10 jours. Lors d'une étude précédente, en 10 jours de travail, chaque travailleur social a effectué au moins une activité dans 10 à 15 dossiers cliniques (Delli-Colli et al., 2010). En tenant compte de cette information et des refus potentiels, nous avons estimé que 10 sujets par intervenant seraient ainsi recrutés. Enfin, puisque c'est souvent avec un proche aidant que le travailleur social collabore, les proches aidants des personnes âgées recrutées ont également été sollicités pour répondre à un questionnaire.

Mesures et déroulement

Variable dépendante

Le temps fourni par le travailleur social était mesuré par une étude de temps et mouvement en continu par autorapportage avec le logiciel Temps et déplacements des intervenants (TEDDI) qui capte le temps de présence au travail. Développé pour la présente étude, TEDDI s'utilise avec un *iPod touch* et inclut une liste de 79 activités en travail social au soutien à

domicile : 26 activités de temps direct, 29 activités de temps indirect, 20 activités non cliniques (non reliées aux usagers) et 4 activités de temps personnel.

Avant le début de la collecte de données, les intervenants ont reçu une formation de deux heures pour utiliser TEDDI. Les travailleurs sociaux ont documenté en temps réel, pendant 11 jours, le type d'activités effectuées et le temps nécessaire. Lors de la sélection des activités directes et indirectes, le travailleur social devait préciser pour quel usager l'intervention était faite en sélectionnant le numéro de dossier correspondant. Enfin, à la fin de chaque journée, le travailleur social devait apprécier son rythme de travail sur une échelle visuelle de 0 à 100, sachant que le rythme de travail moyen est représentatif de ce que l'on peut maintenir toute la journée (Niebel et Freivalds, 2003). Cette donnée a permis d'obtenir la perception du travailleur social sur son rythme de travail en tenant compte de la fatigue et des interruptions.

Les erreurs et les omissions étaient compilées dans un journal de bord. Sur les 11 jours de données saisies, la première journée a été retirée des analyses, car elle se voulait une familiarisation avec TEDDI. À la fin des 10 journées de collecte, un relevé des dossiers cliniques dans lesquels une activité avait été réalisée permettait de constituer la liste des personnes âgées qui correspondaient aux critères d'inclusion.

Variables indépendantes

Caractéristiques des travailleurs sociaux

Les caractéristiques des travailleurs sociaux ont été mesurées à l'aide d'un questionnaire autoadministré remis lors de la formation. D'une part, plusieurs informations de nature sociodémographique comme l'âge, la formation, le nombre d'années d'expérience comme travailleur social et auprès des personnes âgées ont été demandées. D'autre part, des données sur les caractéristiques de l'ensemble des usagers auprès desquels ils travaillent ont été colligées.

Caractéristiques des personnes âgées

Un questionnaire incluant des questions standardisées a permis de recueillir des données

sociodémographiques et de documenter l'état de santé physique et psychologique, la composition et le fonctionnement familial, la fréquence et le type de soutien reçu et les problèmes psychosociaux. De plus, la condition économique, l'utilisation des services de santé et professionnels au cours de la dernière année, ainsi que la situation du proche aidant étaient également abordées. L'autre partie du questionnaire était composée de quatre instruments de mesure fidèles et valides. L'**autonomie fonctionnelle et les services reçus** ont été mesurés à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988; Hébert et al., 2003). Chaque activité se mesure sur une échelle variant de 0 (autonomie complète) à 3 (dépendance totale). Le score total se situe entre 0 et 87. Le **fonctionnement social** a été capté avec le SMAF social (Pinsonnault, Desrosiers, Dubuc, Delli-Colli et Hébert, 2009). Cet outil évalue six dimensions : le réseau, les ressources, le soutien, les activités, les relations et les rôles sociaux. L'échelle de mesure utilisée est la même que le SMAF et le score total varie entre 0 et 18. L'**autonomisation** a été mesurée à l'aide de la version française du *Health Care Empowerment Questionnaire* (HCEQ). Cet outil comprend 10 points regroupés sous trois sous-échelles : le niveau de contrôle, l'implication dans l'interaction et l'implication dans la décision. Chaque point est abordé simultanément sous deux angles, soit la perception et l'importance de l'attribut pour un score total variant entre - 8 et 16 (Gagnon, Hébert, Dubé et Dubois, 2006). Les proches aidants ont été invités à remplir l'Inventaire du fardeau de Zarit pour documenter leur **sentiment de fardeau**, c'est-à-dire la charge matérielle et affective ressentie lorsqu'ils prennent soin d'un proche. Le questionnaire autoadministré comprend 22 items sur une échelle de 5 points (0 pour « jamais » à 4 pour « presque toujours »). La distribution de scores s'étend de 0 à 88 (Hébert, Bravo et Girouard, 1993; Zarit, Reeve et Bach-Peterson, 1980). Les intervieweurs qui se rendaient à domicile étaient des cliniciens à la retraite ou des agents de recherche avec beaucoup d'expérience. Ils ont reçu une formation de deux jours et un suivi serré pendant la période d'étude.

Les personnes âgées étaient sollicitées par un membre de l'équipe de recherche. Le proche

aidant ou un représentant légal était contacté lorsque le travailleur social avait signifié que la personne âgée ne serait pas en mesure de donner son consentement ou de participer seule à une entrevue. Après l'accord de la personne âgée ou de son proche, un rendez-vous au domicile de la personne âgée était fixé pour remplir le questionnaire (environ 90 minutes). Le questionnaire destiné au proche aidant était rempli sur place si celui-ci était présent. En son absence, le questionnaire lui était envoyé par la poste.

Analyses

Les journaux de bord ont d'abord été consultés pour corriger, au besoin, les données de temps fourni issues de TEDDI. Des analyses descriptives (moyenne, écart type, médiane et pourcentage) ont été produites pour décrire les caractéristiques individuelles des participants et la répartition du temps total fourni. Des analyses multiniveaux ont été utilisées pour étudier la relation entre les caractéristiques d'une personne âgée (niveau 1), du travailleur social (niveau 2) et le temps total fourni. Ce modèle statistique de régression permet l'exploration des relations entre les variables d'un niveau et entre les niveaux. De plus, il tient compte de l'absence d'indépendance des données, c'est-à-dire que les services reçus par une personne âgée sont dépendants du travailleur social affecté à ce dossier.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel HLM (Bryk, Raudenbush et Congdon, 2004) en respectant les principales étapes proposées par Bryk et Raudenbush (1992). D'abord, un modèle sans les variables de niveaux 1 et 2 était estimé pour déterminer la variance du temps total associée à chacun des niveaux du modèle (personnes âgées et intervenants). Par la suite, chaque variable *personnes âgées* a été considérée pour vérifier l'existence d'une relation avec le temps total. Pour être retenues, ces variables devaient atteindre un seuil de signification de 15 %. Elles ont été ensuite examinées en combinant deux et trois variables à la fois. Après, les variables de niveau 2 étaient introduites dans le modèle afin de déterminer les caractéristiques des travailleurs sociaux modulant les relations identifiées avec les variables de niveau 1 (personnes âgées).

Résultats

Le tableau 1 présente sommairement les CSSS où ont été recrutés les travailleurs sociaux. Douze travailleurs sociaux ont accepté de participer à l'étude.

Caractéristiques des travailleurs sociaux

Les 12 travailleurs sociaux recrutés étaient 11 femmes et un homme. Le tableau 2 indique que le type d'usagers auprès desquels ils intervenaient était varié. En plus d'intervenir auprès de personnes âgées de plus de 65 ans dans le programme « perte d'autonomie liée au

Tableau 1 : Provenance des travailleurs sociaux

Caractéristiques du CSSS	Région	Intervenants Recrutés/sollicités
Mission universitaire avec centre hospitalier, vocation suprarégionale, 754 lits de soins de longue durée	Urbaine 150 000 habitants 6 arrondissements	4/7
Milieu sans centre hospitalier, 180 lits de soins de longue durée	Rurale 22 000 habitants 14 municipalités	2/4
Services d'urgence et généraux, 92 lits de soins de longue durée	Rurale 19 000 habitants 12 municipalités	4/6
Service d'urgence mineure, 135 lits de soins de longue durée	Rurale 30 000 habitants 18 municipalités	2/6

vieillesse », tous ont rapporté offrir également des services à des usagers du programme de déficience physique ou à certaines personnes en soins palliatifs ou avec une déficience intellectuelle. Le nombre médian d'usagers actifs pendant la période d'étude était de 51,5. Seuls les travailleurs sociaux en milieu urbain n'accomplissaient qu'une seule fonction.

Recrutement des personnes âgées

Pendant l'étude de temps et mouvement, 297 personnes âgées ont reçu une intervention directe ou indirecte par l'un des 12 travailleurs sociaux participants. De ce nombre, 76 personnes ont été jugées non admissibles à la présente étude puisqu'elles avaient moins de 65 ans, 36 ont refusé et 14 ont été exclues en raison, par exemple, d'une hospitalisation prolongée. Enfin, 171 personnes âgées ont été rencontrées à leur domicile pour une évaluation.

Caractéristiques des personnes âgées

Le tableau 3 (p. 38) présente quelques caractéristiques des personnes âgées qui ont été évaluées. L'échantillon était en quasi-totalité de

nationalité canadienne et s'exprimait en français. Notons que 96 % des personnes âgées avaient un médecin de famille.

On note que 62 % de l'échantillon ont rapporté au moins un événement significatif durant la dernière année, qui pouvait être le décès d'un proche, un changement de milieu de vie ou la perte d'un permis de conduire. Les personnes ont présenté des problèmes psychosociaux, surtout reliés à la difficulté de s'adapter aux pertes. Elles avaient une perte d'autonomie modérée, peu de besoins non satisfaits, un fonctionnement social peu atteint et une autonomisation moyenne. Les personnes ont présenté en moyenne sept problèmes de santé et ont consulté des services professionnels, comme une infirmière ou un ergothérapeute, au cours de la dernière année.

Quant à la présence d'un proche aidant, 7 % des personnes âgées n'en ont pas nommé. Sur les 159 proches aidants identifiés, 24 (15 %) proches aidants n'ont pas retourné le questionnaire malgré une relance téléphonique. Les analyses descriptives portent donc sur 135 proches aidants, lesquels avaient en

Tableau 2 : Caractéristiques des travailleurs sociaux (n = 12)

Variabes continues	Moyenne (écart type)
Âge (années)	35,6 (11,7)
Nombre d'années d'expérience comme travailleur social	7,6 (6,9)
Nombre d'années d'expérience auprès d'aînés	6,4 (7,2)
Nombre d'années d'expérience au soutien à domicile	6,4 (7,2)
Nombre de dossiers/période d'étude	52,3 (16,7)
Rythme moyen de travail sur 10 jours (/100)	76,5 (7,4)
Variabes catégoriques	Pourcentage
Diplôme	
Baccalauréat	83 %
Maîtrise	17 %
Mixité charge de cas	17 %
Déficience intellectuelle	67 %
Soins palliatifs	25 %
Santé mentale	
Mixité de fonctions	
Gestion de cas	67 %
Mandat administratif	33 %

Tableau 3 : Caractéristiques des personnes âgées (n = 171)

Variables continues	Moyenne (écart type)
Âge (années)	80,61 (8,03)
Autonomie fonctionnelle (score total SMAF/87)	26,73 (15,10)
Handicap (/87)	1,63 (3,94)
Fonctionnement social (/18)	4,21 (4,38)
Handicap SMAF social (/18)	0,71 (2,13)
Nombre de problèmes psychosociaux	2,93 (2,65)
Nombre d'enfants	3,50 (3,14)
Nombre d'enfants hors région	0,94 (1,15)
Nombre de personnes significatives	7,24 (4,45)
Score total autonomisation (/16)	9,16 (3,29)
Nombre de problèmes de santé	7,24 (4,14)
Nombre d'hospitalisations au cours de la dernière année	0,81 (1,49)
Nombres de services professionnels consultés durant la dernière année	2,64 (1,38)

Variables catégoriques	Pourcentage
Sexe féminin	58,5 %
<u>État civil</u>	
Célibataire	24,6 %
Veuf/veuve	38,6 %
Marié(e)	36,9 %
<u>Situation de vie</u>	
Seul(e)	57,9 %
Conjoint(e)	31,0 %
Autre membre famille	10,5 %
Milieu de vie collectif	36,3 %
<u>Scolarité</u>	
0-4 ans	28,2 %
5-8 ans	38,5 %
9 et +	32,7 %
Revenu satisfait difficilement ou pas du tout aux besoins	18,0 %
Au moins une hospitalisation au cours de la dernière année	43,5 %
Au moins un événement significatif durant la dernière année	62,0 %

moyenne 63,5 ans (écart type de 15,3 ans). Près du tiers (31 %) de ces proches était les conjoints et 31 % étaient les filles des personnes âgées. On note que 65 % d'entre eux ont rapporté avoir un bon à très bon état de santé, alors que 17 % l'ont jugé passable à mauvais. Près de 23 % travaillaient à temps partiel ou à temps complet. Les raisons premières pour être impliqués dans une relation aidant-aidé étaient l'amour pour la personne en perte d'autonomie

(54 %) et le fait de recevoir autant que de donner (22 %). Le score moyen du sentiment de fardeau de Zarit était de 25 (écart type de 16), ce qui représente un sentiment de fardeau léger à modéré.

L'autre volet de l'étude portait sur la mesure du temps total fourni par les travailleurs sociaux aux personnes âgées. Un total de 957 heures auprès de 171 usagers et un

peu plus de 4600 activités ont été analysées. Le tableau 4 rapporte la répartition du temps total.

Variables associées au temps total

Afin de déterminer les caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux qui avaient une influence sur le temps total fourni, 35 variables reliées aux personnes âgées (niveau 1) et 13 variables reliées aux travailleurs sociaux (niveau 2) ont été analysées.

La moyenne de temps total fourni par usager au cours des 10 jours était de 66 minutes avec une erreur type de 1,20 minute. Dans le modèle sans variable explicative, la plus grande partie de la variabilité du temps total fourni avait trait aux personnes âgées avec moins de 3 % de la variabilité du temps total fourni au niveau des travailleurs sociaux (niveau 2). La variabilité des intervenants était d'ailleurs statistiquement non significative ($p = 0,15$) indiquant que le temps ne variait pas entre les travailleurs sociaux.

À la deuxième étape, 35 caractéristiques des personnes âgées ont été mises en relation avec le temps total fourni. Considérant le critère d'une valeur $p < 0,15$, six variables ont été retenues : vivre dans un domicile individuel ($p = 0,059$), avoir été hospitalisé durant la dernière année ($p = 0,086$), nombre de problèmes de santé ($p = 0,029$), satisfaction de sa condition économique ($p = 0,038$), avoir des enfants hors région ($p = 0,093$) et avoir vécu

un événement significatif au cours de la dernière année ($p = 0,038$). Pour la construction du modèle, tous les modèles à deux et trois variables ont été examinés. Ce modèle inclut avoir été hospitalisé durant la dernière année, avoir vécu un événement marquant au cours de la dernière année et le nombre de problèmes de santé.

L'étape suivante consiste à déterminer si des caractéristiques des travailleurs sociaux sont associées au temps total fourni ou modifient la relation entre le temps fourni et certaines variables de niveau 1. Sur les 13 variables de niveau 2, seule la perception du rythme de travail de l'intervenant a atteint le seuil de signification ($p = 0,018$).

Le modèle final retenu est composé des trois variables relatives aux personnes âgées et d'une reliée aux travailleurs sociaux. Ces variables expliquent 16 % de la variation du temps total. Ainsi, selon ce modèle, les travailleurs sociaux ont donné moins de temps aux personnes âgées ayant plus de problèmes de santé et plus de temps à celles qui avaient vécu au moins un événement significatif durant la dernière année. Ces relations ne variaient pas significativement d'un travailleur social à l'autre. Le temps fourni variait également selon l'occurrence d'une hospitalisation au cours de la dernière année, mais le sens de la relation différait cette fois de façon significative d'un intervenant à un autre ($p = 0,009$). En effet,

Tableau 4 : Répartition du temps total fourni par les travailleurs sociaux

Catégories	Sous-catégories	Pourcentage de temps sous-catégories	Pourcentage du total pour la catégorie
Activités directes	Interactions avec l'utilisateur	9,8 %	17,6 %
	Interactions avec la famille	4,8 %	
	Interactions usager et famille	3,0 %	
Activités indirectes	Discussion de cas	12,5 %	47,0 %
	Lecture et rédaction	25,8 %	
	Rencontres formelles	4,0 %	
	Recherche de services	0,8 %	
	Déplacements à domicile	3,9 %	
Activités non cliniques	Tâches administratives	15,5 %	20,8 %
	Développement professionnel	5,3 %	
Temps personnel	Repas, pause	15,0 %	15,0 %

certaines consacraient plus de temps aux personnes qui avaient été hospitalisées, et d'autres donnaient plus de temps aux personnes qui n'avaient pas été hospitalisées au cours de la dernière année. Parmi les caractéristiques des travailleurs sociaux étudiées, la seule qui explique en partie cette association est le rythme perçu de travail. Ceux ayant estimé leur rythme de travail élevé ont donné plus de temps aux personnes qui ont été hospitalisées durant la dernière année. Cette dernière variable a également un effet direct sur la moyenne du temps total fourni.

Discussion

Le but de cette étude était de déterminer certaines variables reliées aux personnes âgées et aux travailleurs sociaux qui influencent le temps total fourni par les travailleurs sociaux dans un contexte de services de soutien à domicile.

Les personnes âgées qui ont reçu des interventions des travailleurs sociaux présentaient un portrait assez typique des usagers en perte d'autonomie à domicile en matière d'âge, de genre, de multiples problèmes de santé et des autres caractéristiques cliniques (Hébert, Dubois, Raïche et Dubuc, 2008). De plus, 62 % de l'échantillon ont vécu un événement marquant durant la dernière année tel qu'un changement de milieu de vie ou le décès d'une personne de l'entourage, ce qui représente, comme souligné dans d'autres études, un motif de référence à un travailleur social (Bernie-Marino, 2004; Hébert, 2007). Par ailleurs, malgré l'implication des proches aidants et leur sentiment de fardeau qualifié de léger à modéré, le temps consacré par les travailleurs sociaux à ces derniers ne représentait que 4,8 % du temps total. Ce résultat peut s'expliquer en partie par la dualité du rôle des proches aidants. Ils sont à la fois considérés comme la principale ressource auprès de la personne âgée ayant un rôle complémentaire aux intervenants, mais aussi comme des usagers des services de soutien à domicile qui ont des besoins de formation, d'information, de soutien et de répit (Guberman, Lavoie, Pepin, Lauzon et Montejo, 2006). Si les travailleurs sociaux les perçoivent davantage comme des partenaires plutôt que comme des usagers, cela pourrait expliquer le faible temps fourni.

Comme le constatent d'autres études, les travailleurs sociaux consacrent plus de temps en intervention indirecte qu'en intervention directe (Baginsky et al., 2010; Stevens, 2008; Young, Grusky, Sullivan, Webster et Podus, 1998). Les activités directes, prises de façon isolée, sont un pauvre indicateur de la contribution d'un travailleur social (Curtis, 2007). Pour apprécier l'effort fourni et la complexité du travail du travailleur social, il est préférable de considérer aussi les activités indirectes qui impliquent l'organisation, la planification, la négociation avec d'autres professionnels de son organisation ou d'autres établissements pour obtenir des services (Baginsky et al., 2010). Par ailleurs, l'effet positif de certaines activités indirectes n'est pas à sous-estimer. Par exemple, selon Young et ses collaborateurs (1998), l'activité de liaison avec les services publics, privés ou communautaires, qui permet de planifier et d'organiser des services, fait en sorte que les besoins non comblés décroissent à long terme. Dans notre étude, ce sont les activités de discussion de cas pour l'organisation de services ainsi que la rédaction de notes évolutives qui ont consommé le plus de temps, tendances aussi observées chez les travailleurs sociaux en Angleterre (Baginsky et al., 2010). Un résultat non attendu fut le temps consacré aux activités non cliniques qui était supérieur au temps direct. Dans cette étude, certaines tendances sont observées, mais elles ne sont pas statistiquement significatives. Certains travailleurs sociaux de CSSS en milieu rural ont des tâches de travail non reliées aux usagers, comme la gestion de liste d'attente pour l'obtention de certains services. On observe aussi que les travailleurs sociaux plus jeunes et moins expérimentés consacrent plus de temps aux tâches administratives.

Il peut être surprenant à première vue de constater que les travailleurs sociaux donnent plus de temps aux personnes qui ont moins de problèmes de santé. Or, certaines études rapportent que les travailleurs sociaux vont offrir plus d'interventions à des personnes qui présentent un meilleur potentiel ou pronostic de récupération (Björkman et Hansson, 2000; Hébert, 2007). Par ailleurs, les usagers qui sont en mesure de collaborer, d'établir les objectifs d'intervention et de participer aux décisions reçoivent aussi plus d'interventions (Björkman

et Hansson, 2000; Corazzini-Gomez, 2002). Toutefois, dans notre étude, les dimensions de l'autonomisation, notamment celles de l'implication de l'usager dans les choix reliés aux soins et aux services et à son niveau de contrôle ne sont pas significativement reliées au temps total fourni par l'intervenant. Si les travailleurs sociaux donnent moins de temps aux personnes qui ont de multiples problèmes de santé, c'est peut-être parce qu'un autre professionnel, possiblement l'infirmière, intervient sur cette problématique et effectue un nombre appréciable d'interventions (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2012b). Dans la présente étude, le temps consacré par les autres professionnels du service de soutien à domicile n'a toutefois pas été mesuré, ce qui ne nous permet pas d'avoir le portrait global des services fournis.

Le nombre d'hospitalisations et d'événements significatifs durant la dernière année mobilise le travailleur social autour d'épisodes non prévus. Dans cette trajectoire de services de soutien à domicile, où le séjour peut être de longue durée, les travailleurs sociaux sont-ils plus présents lors d'un épisode aigu ou d'une situation de crise? Une hospitalisation durant la dernière année est associée à un contact avec le service de soutien à domicile (Kadushin, 2004). Les données ICLSC du territoire d'expérimentation révèlent que 75 % des demandes de services à domicile proviennent du centre hospitalier (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2012a). La durée de séjour en centre hospitalier étant courte, le travailleur social de ce milieu a moins de temps pour s'impliquer pour le retour à domicile. L'un des problèmes rencontrés par les personnes âgées qui quittent l'hôpital pour retourner à domicile est le besoin d'assistance pour planifier la sortie de l'hôpital et assurer la liaison avec les différents dispensateurs de services dans la communauté (Benjamin et Naito-Chan, 2006). Le travailleur social des services de soutien à domicile doit alors prendre rapidement le relais. Les fonctions de coordination et de suivi des services sont alors sollicitées, ce qui peut avoir un impact sur le temps total fourni (Benjamin et Naito-Chan, 2006, Volland et Keepnews, 2006). Le fait de réagir à un événement plutôt que d'agir en amont peut aussi être expliqué par la charge de cas élevée. Selon certaines études, les

travailleurs sociaux sont plus en mode réactif que proactif lorsque la charge de cas dépasse 35 usagers (Fiorentine et Grusky, 1990; Veil et Hébert, 2007). Rappelons que, dans cette étude, les travailleurs sociaux avaient une médiane de 51,5 usagers à leur charge. En fait, nos résultats confirment la perception des travailleurs sociaux des CSSS qui affirment éteindre des feux et disposer de moins de temps pour faire des suivis psychosociaux, comme accompagner la personne âgée dans ses difficultés d'adaptation aux pertes ou au deuil (Bourque, 2009).

Les travailleurs sociaux qui perçoivent leur rythme de travail élevé ont donné plus de temps aux personnes hospitalisées, alors que ceux qui ont estimé leur rythme de travail plus bas l'ont consacré davantage aux personnes qui n'ont pas été hospitalisées. Le suivi post-hospitalier nécessite des interventions visant l'organisation des services (Lechman et Duder, 2009). Ces interventions sont généralement variées, courtes, et l'intervenant obtiendra rapidement une rétroaction, ce qui peut augmenter le sentiment d'avoir un bon rythme de travail (Kadushin, 1996; Young et al., 1998). Ce sentiment d'efficacité augmente de 9 % avec chaque année d'expérience, mais s'estompe auprès des travailleurs sociaux très expérimentés qui comptent quinze ans et plus de service (Young et al., 1998). Sachant que les travailleurs sociaux de l'étude comptaient près de huit ans d'expérience en moyenne, cet élément peut expliquer ce résultat.

Pour expliquer 16 % de la variance du temps total, il y a possiblement d'autres variables qui pourraient amener une explication supplémentaire. En ce qui a trait aux personnes âgées, le questionnaire couvrait un large spectre de variables biopsychosociales. Certaines dimensions n'ont toutefois pas été abordées. L'attitude de certaines personnes âgées, telle que leur réticence concernant les services à domicile ou, à l'inverse, un comportement demandant et insistant, peut influencer la dynamique relationnelle entre la personne âgée et l'intervenant et, par le fait même, la quantité des interventions (Corazzini-Gomez, 2002). En ce qui concerne les proches aidants, des données sur seulement 135 d'entre eux ont limité la détection de relations avec le temps total fourni. Le style d'intervention du travailleur

social, sa personnalité, ses croyances et ses valeurs peuvent déterminer un certain *pattern* de travail (Itzhaky, Gerber et Dekel, 2004).

Les travailleurs sociaux de l'étude comptaient, sauf un, moins de dix ans dans la profession. L'influence des travailleurs sociaux seniors sur le type d'activités et le temps total fourni pour les effectuer n'a pas pu être observée. Enfin, certaines variables organisationnelles comme la disponibilité des services sur le territoire nous amènent à penser qu'il pourrait être pertinent d'inclure un troisième niveau à ces analyses, soit celui des CSSS.

L'étude mesurait deux semaines d'activités. Les services rendus par les travailleurs sociaux du soutien à domicile aux personnes âgées pendant cette période n'étaient pas nécessairement le reflet de ce que la personne a reçu pendant son épisode complet de services. Nous avons recruté moins de travailleurs sociaux que le nombre visé au départ, cela a entraîné un manque de puissance sur le plan statistique. Les quatre CSSS qui ont accepté que l'équipe de recherche recrute parmi leurs travailleurs sociaux proviennent de la région de l'Estrie, une région plutôt avancée dans l'implantation des composantes du réseau de services intégrés aux personnes âgées. On compte 95 CSSS à travers le Québec, il faut donc être prudent dans la généralisation des résultats.

Néanmoins, l'étude comportait plusieurs forces. Le choix des variables et des mesures pour évaluer les caractéristiques des personnes âgées avait fait l'objet d'un consensus auprès de 60 travailleurs sociaux experts. L'utilisation d'instruments de mesure permettait d'obtenir des données fiables et valides. Dans le cadre de l'étude sur l'utilisation du temps, la méthode de temps et mouvement en continu est reconnue pour générer des données complètes, précises et de bonnes évaluations de temps. La liste d'activités était exhaustive, bien définie et s'arrimait bien au processus d'intervention. Plusieurs moyens ont aussi été employés pour diminuer l'effet de la réactivité à la mesure. Les travailleurs sociaux ont été rencontrés avant le début du projet pour les informer des objectifs de l'étude et des mesures prises pour préserver la confidentialité. Ainsi, aucune donnée individuelle n'a été diffusée au gestionnaire responsable. Seules les données agrégées ont été

présentées. Enfin, une étude pilote auprès de onze professionnels d'un seul CSSS avait permis de documenter les facilitateurs et les obstacles d'une telle méthode (Delli-Colli et al., 2010).

En conclusion, cette étude a permis, à l'aide d'une approche quantitative, de mesurer à la fois la charge de travail et les caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux pouvant l'influencer. L'ensemble des résultats démontre qu'il est possible d'étudier ce sujet complexe. Les résultats de l'étude peuvent contribuer à la réflexion actuelle dans le cadre des projets d'optimisation qui touchent les services de soutien à domicile en dressant un portrait complet des activités effectuées et de l'utilisation du temps. Les caractéristiques évoquées qui influencent le temps éclairent un peu plus les travailleurs sociaux et les gestionnaires sur les éléments à considérer dans la gestion de la charge de travail. Les situations imprévisibles, comme une hospitalisation, ont un impact sur le temps des travailleurs sociaux. Les interventions visant le soutien et la promotion du fonctionnement social des personnes âgées, qui sont nécessaires dans le maintien à domicile, ne sont pas associées au temps fourni par les travailleurs sociaux. En ce sens, ces résultats peuvent bonifier les façons de faire dans les services de soutien à domicile. Nous pensons qu'en plus de cette publication, d'autres activités de diffusion auprès des travailleurs sociaux permettraient de poursuivre la discussion autour de ces résultats et le développement de nouvelles connaissances sur la charge de travail.

Descripteurs :

Personnes âgées en perte d'autonomie - Québec (Province) - Estrie // Travailleurs sociaux - Charge de travail

Older people with disabilities - Quebec (Province) - Estrie // Social workers - Workload

Références

- Baginsky, M., Moriarty, J., Manthorpe, J., Stevens, M., MacInnes, T., & Nagendran, T. (2010). Social Workers' Workload Survey. *Messages from the Frontline. Findings from the 2009 Survey and Interviews with Senior Managers*, (177). The Social Work Task Force: Secretaries of State for Health, and Children, Schools and Families.
- Benjamin, A. E., & Naito-Chan, E. (2006). Home Care Settings. In B. Berkman (Ed.). *Handbook of Social Work in Health and Aging*. New York : Oxford University Press.
- Berkman, B., Maramaldi, P., Breon, E., & Howe, J. (2002). Social Work Gerontological Assessment Revisited, *Journal of Gerontological social work*, 40 (1/2), 1-14.
- Bernie-Marino, S. (2004). Selected problems counselling the elderly. In M. J. Holosko & M. Feit (Eds.). *Social work practice with the elderly* : 66-102. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.
- Björkman, T., & Hansson, L. (2000). What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. [Article]. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35 (1), 43.
- Bourque, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec*. Conférence présentée au Colloque européen (CEFUTS) – Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires. Toulouse, France.
- Bryk, A. S., & Raudenbush, S. W. (1992). *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Bryk, A. S., Raudenbush, S. W., & Congdon, R. (2004). HLM 6 for windows. Skokie, IL : Scientific Software International, Inc.
- Corazzini-Gomez, K. (2002). The Relative Effects of Home Care Client Characteristics on the Resource Allocation Process: Do Personality and Demeanor Matter? *The Gerontologist*, 42 (6), 740-750.
- Coulton, C. J., Keller, S. M., & Boone, C. R. (1985). Predicting social worker' expenditure of time with hospital patients, *Health & Social Work*, 10, 35-44.
- Curtis, L. (2007). *Unit Costs of Health and Social care Canterbury: Personal Social Services Research Unit*. p. 218.
- Delli-Colli, N., Dubuc, N., Veilleux, N., et Gauthier, L. (2010). *Description des activités réalisées par le service social de trois programmes-services au CSSS-IUGS : une étude de temps et mouvement*. Programme de recherche clinique de la fondation du CSSS-IUGS. Rapport de recherche présenté au CSSS-IUGS.
- Fiorentine, R., & Grusky, O. (1990). When case managers manage the seriously mentally ill: a role-contingency approach, *Social Service Review*, 64 (1), 79-93.
- Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M., & Dubois, M.-F. (2006). Development and validation of an instrument measuring individual empowerment in relation to personal health care: the Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ), *American Journal of Health Promotion*, 20 (6), 429-435.
- Gathercole, M. F., & DeMello, L. R. (2001). Development of the workload analysis scale (WAS) for the assessment and rehabilitation services of Ballarat health services, *Social Work in Health and Mental Care*, 34 (1/2), 143-160.
- Guberman, N., Lavoie, J.-P., Pepin, J., Lauzon, S., & Montejo, M.-E. (2006). Formal Service Practitioners' Views of Family Caregivers' Responsibilities and Difficulties, *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 25 (01), 43-53.
- Hebert, C. G. (2007). *An examination of the presence of social work intervention with home health care recipients and related home health care outcomes*. Doctor of Philosophy, Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
- Hébert, R., Bravo, G., et Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments, *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 12, 324-337.
- Hébert, R., Carrier, R., et Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), *La Revue de Gériatrie*, 13 (4), 161-167.
- Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J., et Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), *La Revue de Gériatrie*, 28 (4).
- Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M., & Dubuc, N. (2008). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. [Article], *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 8, 1-15.
- Itzhaky, H., Gerber, P., & Dekel, R. (2004). Empowerment, skills, and values: a comparative study of nurses and social workers, *International Journal of Nursing Studies*, 41 (4), 447-455.
- Kadushin, G. (1996). Elderly hospitalized patients' perceptions of the interaction with the social worker during discharge planning, *Social Work in Health Care*, 23 (1), 1-21.
- Kadushin, G. (2004). Home Health Care Utilization: A Review of the Research for Social Work, *Health & Social Work*, 29 (3), 219-244.

- Kadushin, G., & Egan, M. (2008). The social work in home health care. In G. Kadushin & M. Egan (Eds.). *Gerontological Home Health Care*. New York: Columbia University Presse.
- Lechman, C., & Duder, S. (2009). Hospital length of stay: Social work services as an important factor, *Social Work in Health Care*, 48.
- Matte, G. (2000). Que reste-t-il des suivis psychosociaux dans les services de maintien à domicile en CLSC? [Actualités], *Intervention*, 111, 95-102.
- Ministère de la Famille et des Aînés, et ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*, p. 200.
- Naito-Chan, E., Damron-Rodriguez, J., & Simmons, J. W. (2004). Identifying competencies for geriatric social work practice, *Journal of Gerontological Social Work*, 43 (4), 59-78.
- Niebel, B. W., & Freivalds, A. (2003). Time study. In B. W. Niebel & A. Freivalds (Eds.), *Methods, Standards and work design* (Eleventh Edition ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Pinsonnault, E., Desrosiers, J., Dubuc, N., Delli-Colli, N., & Hébert, R. (2009). Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF (social-Functional Autonomy Measurement System), *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48 (1), 40-44.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (2012a). Répartition des demandes selon leur objet en lien avec le référent *Banque provinciale ICLSC*.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (2012 b). Répartition des usagers et des interventions (individus, couples et familles) selon les programmes clientèles et les centres d'activités du maintien à domicile *Banque provinciale ICLSC*.
- Semke, J., Stowell, M., & Durgin, J. (1993). Influences on social work time expenditure in a voluntary inpatient psychiatric unit, *Health and Social Work*, 18 (1), 32-39.
- Simard, A. (2012). Éclairage sur l'évaluation de la performance des travailleurs sociaux des CSSS, *Intervention*, 136.
- Stevens, M. (2008). Workload Management in social work services: what, why and how, *Practice: Social Work in Action*, 20 (4), 207-220.
- Veil, A., et Hébert, R. (2007). Estimation des ressources en gestion de cas dans un territoire, dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Raïche (Eds.). *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*, 2 (32). Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Volland, P. J., & Keepnews, D. M. (2006). Generalized and specialized hospitals. In B. Berkman (Ed.). *Handbook of Social Work in Health and Aging*: 9. New York: Oxford University Press.
- Young, A. S., Grusky, O., Sullivan, G., Webster, C. M., & Podus, D. (1998). The Effect of Provider Characteristics on Case Management Activities, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 26 (1), 21-32.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: Correlates of feeling of burden, *The Gerontologist*, 20, 649-655.