Université de Sherbrooke

Caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile

Par
Nathalie Delli Colli
Programmes de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de
philosophiae doctor (Ph.D.) en sciences cliniques (gériatrie)

Sherbrooke, Québec, Canada
Mai 2013

Membres du jury d'évaluation

Professeure Christina St-Onge, Ph.D., présidente du jury
Professeure Nicole Dubuc, inf, Ph.D., directrice de thèse
Professeure Marie-France Dubois, Ph.D., co-directrice de thèse
Professeur Réjean Hébert, MD, MPhil, co-directeur de thèse
Professeur Claude Larivière, t.s, Ph.D., membre externe à l'université,
École de service social, Université de Montréal
Professeure Aline Vézina, PhD, membre externe au programme,
École de travail social, Université Laval

© Nathalie Delli Colli, 2013

Library and Archives Canada

Published Heritage Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et Archives Canada

Direction du Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-95106-4

Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-95106-4

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distrbute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protege cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

Caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile

Par Nathalie Delli Colli

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph.D.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Les travailleurs sociaux occupent plusieurs fonctions et effectuent différentes activités dans les services de soutien à domicile (SSAD) au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Une part importante des usagers sont des personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie. En l'absence d'indicateurs permettant d'établir le lien entre leurs divers besoins et le nombre de travailleurs sociaux requis pour y répondre, l'équilibre entre les différentes composantes de la charge de travail demeure un défi. Il s'avère donc opportun d'identifier les facteurs qui influencent la charge de travail des travailleurs sociaux. L'objectif de cette thèse, construite autour de trois articles, est d'identifier les caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent le temps fourni par les travailleurs sociaux à effectuer leurs différentes activités.

L'objectif du premier article est d'identifier les variables essentielles pour évaluer les besoins psychosociaux des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que celles qui influencent la charge de travail en lien avec ces besoins. Soixante travailleurs sociaux ont participé à une consultation d'experts de type Delphi à la suite de laquelle 119 variables ont été retenues. Un groupe de discussion focalisée a permis de choisir des instruments et des questions normalisées permettant de mesurer les variables sélectionnées. Un outil d'évaluation des caractéristiques des personnes âgées a ainsi été construit.

Le deuxième article traite d'une étude exploratoire visant à vérifier la faisabilité de mesurer le temps fourni par les travailleurs sociaux pour effectuer leurs différentes activités dans les SSAD. Une liste d'activités en service social a été validée et intégrée dans un ordinateur de poche. Douze travailleurs sociaux du CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) ont participé à une étude de temps et mouvements en continu pendant douze jours. Cette étude a permis d'évaluer que les travailleurs sociaux consacraient 19 % de leur temps en temps direct et 49 % en temps indirect.

Enfin, le troisième article vise à explorer l'association entre les caractéristiques des aînés et des travailleurs sociaux et le temps fourni par ces derniers. Neuf cent cinquante-sept heures de temps fourni par douze travailleurs sociaux de quatre CSSS auprès de 171 personnes âgées ont été analysées à l'aide d'un modèle de régression linéaire multiniveaux. Le modèle final explique 16 % du temps total fourni. Il est composé de trois variables relatives aux personnes âgées; le nombre de problèmes de santé, avoir vécu un événement significatif et avoir été hospitalisé dans la dernière année, et d'une variable liée à l'intervenant, soit le rythme de travail perçu.

Ce projet doctoral est une première étape dans l'exploration des caractéristiques des travailleurs sociaux et des personnes âgées qui peuvent affecter le temps fourni par les travailleurs sociaux. Des données de base probantes sont maintenant disponibles pour poursuivre la réflexion autour de la charge de travail en travail social.

Mots-clés : travail social / soutien à domicile / personnes âgées / charge de travail

Épigraphe

« La vie c'est comme une bicyclette, il faut avancer pour ne pas perdre l'équilibre »
Albert Einstein

Table des matières

Résumé....ii
Épigraphe....iv
Liste des tableaux....vii
Liste des figures....viii
Liste des abréviations....ix
Chapitre 1 – Introduction....1
1.1 Problématique....1
1.2 But de l'étude....6
Chapitre 2 - Les services de soutien à domicile au Québec....7
2.1 Historique....7
2.1.1 Le réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)....8
2.1.2 L'offre des services de soutien à domicile....10
2.1.3 Portrait des usagers et des besoins dans les services de soutien à domicile....13
2.2 Le travailleur social....17
2.2.1 Le champ d'exercice du travailleur social....17
2.2.2 La méthodologie d'intervention....18
2.2.3 Rôles du travailleur social....19
2.2.4 Motifs de référence des personnes à un travailleur social....23
2.2.5 Collaboration interprofessionnelle....24
Chapitre 3 - Recension des écrits....26
3.1. Le cadre conceptuel....26
3.2 La charge de travail social....28
3.2.1 Historique de la mesure de la charge de travail social....29
3.2.2 Les pour et les contre de la mesure de la charge en travail social....30
3.2.3 Dimensions qualitatives de la charge de travail....34
3.2.4 Méthodes pour estimer le temps....35
3.3 Facteurs pouvant influencer la charge de travail social....38
3.4 Objectifs de l'étude....42
Chapitre 4 - Méthodologie et Résultats....45
4.1 Premier article de la thèse....48
4.1.1 Avant-propos....49
4.1.2 Autorisation d'intégration d'article écrit en collaboration à une thèse....49
4.1.3 Résumé en français du premier article....52
4.1.4 Article 1....53
4.2 Deuxième article de la thèse....79

4.2.1 Avant-propos 79
4.2.2 Autorisation d'intégration d'article écrit en collaboration à une thèse 79
4.2.3 Résumé en français du deuxième article 81
4.2.4 Article 2 82
4.3 Troisième article de la thèse 104
4.3.1 Avant-propos 104
4.3.2 Autorisation d'intégration d'article écrit en collaboration à une thèse 104
4.3.3 Résumé du troisième article 107
4.3.4 Article 3 108
4.4 Résultats complémentaires 139
4.4.1 Temps fourni par activité 139
Chapitre 5 - Discussion et Conclusion 150
5.1 Discussion 150
5.2 Validité interne et externe de l'étude 155
5.3 Retombées de l'étude 159
5.4 Avenues futures de recherche 161
5.5 Conclusion 163
Remerciements 166
Liste des publications 169
Annexes 179

Annexe 1 Tableau explicatif des catégories et des activités
Annexe 2 Guide de l'utilisateur de l'application TEDDI
Annexe 3 Échelle d'appréciation du rythme de travail
Annexe 4 Cahier du participant (évaluation clinique)
Annexe 5 Questionnaire destiné aux proches aidants
Annexe 6 Questionnaire sociodémographique du travailleur social
Annexe 7 Questionnaire sur l'organisation et l'offre de services en service social
Annexe 8 Lettre d'approbation du comité d'éthique sur le vieillissement du CSSS-IUGS
Annexe 9 Lettre d'approbation du comité d'éthique des CSSS de l'Estrie
Annexe 10 Formulaire d'information et de consentement pour le gestionnaire
Annexe 11 Formulaire d'information et de consentement pour le travailleur social
Annexe 12 Formulaire d'information et de consentement pour la personne âgée
Annexe 13 Formulaire d'information et de consentement pour le proche aidant
Annexe 14 Formulaire d'information et de consentement pour le représentant légal

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Composition des usagers des SSAD dans trois régions du Québec.....	15
Tableau 2	Rôles du travailleur social.....	20
Tableau 3	Similitudes et différences entre les activités effectuées.....	23
Tableau 4	Méthodes pour estimer des temps standards.....	36
Tableau 5	Temps moyen par activités directes.....	140
Tableau 6	Temps moyen par activités indirectes.....	142
Tableau 7	Temps moyen par activités non-cliniques.....	144
Tableau 8	Temps moyen par activités personnelles.....	145
Tableau 9	Modèle final pour le temps direct.....	146
Tableau 10	Modèle final pour le temps indirect.....	148

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cheminement d'une demande aux SSAD.....	12
Figure 2	Cadre conceptuel inspiré du *Quality Health Outcome Model*.....	27
Figure 3	Illustration de la structure multiniveaux des données	48

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
CSSS-IUGS	Centre de santé et des services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
DCI	Dossier clinique informatisé
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRG	Diagnosis related group
GMF	Groupe de médecine familiale
I-CLSC	Intégration CLSC
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de services individualisés
QHOM	Quality Health Outcomes Model
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence pour personnes âgées
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
SIC	Système d'information clientèle
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SMAF social	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle-volet fonctionnement social
SSAD	Services de soutien à domicile
TED	Troubles envahissants du développement
TEDDI	Temps et déplacements des intervenants
TTS	Technicien en travail social

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION

Cette thèse est rédigée dans un format par articles. Le premier chapitre décrit brièvement la problématique ayant mené à la présente étude, ainsi que le but de cette étude. Le prochain chapitre présente le contexte des services de soutien à domicile (SSAD) du Québec et décrit le rôle du travailleur social. Le chapitre trois explique le cadre conceptuel qui a guidé la recension des écrits et la méthodologie de l'étude. Par la suite, trois articles scientifiques forment la majeure partie du chapitre quatre. Ces articles combinent le matériel, les méthodes et les résultats. Une section additionnelle rapporte des résultats complémentaires qui n'ont pas été traités dans les articles. Enfin, le dernier chapitre discute des résultats, de la validité interne et externe et des retombées de l'étude. Il se termine par des avenues futures de recherche et une brève conclusion.

1.1 Problématique

Au Québec, environ 88 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans un domicile individuel et 8 % vivent dans un domicile collectif (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, 2011; Ministère des Finances du Québec, 2012). Les aînés ont signifié, sans équivoque, leur désir de demeurer le plus longtemps possible à domicile (Ministère de la Famille et des Aînés, 2008). Pour la plupart d'entre eux, cette option est facilitée par le fait qu'ils connaissent un vieillissement en santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Par contre, 21 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont besoin d'aide pour accomplir leurs activités de la vie quotidienne et domestique. Chez les 85 ans et plus, ce pourcentage grimpe jusqu'à 60 % (Camirand & Fournier, 2012). Au Québec, en 2009-2010, 175 866 personnes de plus de 65 ans ont reçu des services professionnels ou des services d'aide des SSAD des CSSS, ce qui représente 6 % de la population âgée (Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Ces services sont dispensés en complément de ceux offerts par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les entreprises privées (Bourque, Lachapelle, & Marchand, 2009). Par ailleurs, la principale source de soutien pour vivre à domicile demeure celle des proches aidants qui fournissent entre 70 et

85 % de l'aide requise (Berkman, Gardner, Zodikoff, & Harootyan, 2006; Conseil des aînés du Québec, 2008; Kadushin, 2004).

Jusqu'à tout récemment, ce sont les principes de la politique intitulée, *Chez-soi le premier choix*, qui orientaient l'action des professionnels de la santé avec la prémisse que le domicile doit toujours être considéré comme « la première option au début de l'intervention et à toutes les étapes » (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003). Si cette politique éclairait sur les diverses conditions de mise en œuvre de ses orientations, elle informait peu sur les pratiques, les activités des professionnels et les défis de l'équipe multidisciplinaire impliquée autour du projet de vie de la personne âgée vivant à domicile.

Au printemps 2012, la politique et le plan d'action *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec,* ont été lancés (Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Ils sont basés sur la vision du vieillissement actif de l'Organisation mondiale de la Santé, qui vise à améliorer les chances pour une personne âgée d'avoir une bonne santé, de participer socialement et de vivre dans un environnement sécuritaire afin d'augmenter sa qualité de vie pendant la vieillesse.

Dans ce plan d'action, une des orientations vise l'accroissement de l'offre et l'accès aux services, de même que l'amélioration de la concertation entre les acteurs sur l'ensemble du continuum de services. Il est aussi question de l'adaptation des pratiques, des services et des stratégies d'intervention aux besoins des aînés, et ce, en fonction des données probantes. Toutefois, les exemples de projets inspirants qui sont présentés sont tous issus du milieu hospitalier et éclairent peu sur la notion de bonnes pratiques à implanter auprès des intervenants œuvrant à domicile.

Parmi les intervenants des SSAD, le travailleur social[1] intervient avec l'aîné et son proche aidant dans le but d'identifier et d'évaluer les besoins psychosociaux en lien avec 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. Son action s'étend de l'évaluation psychosociale à l'organisation de services en passant par le suivi psychosocial (Barbeau, 2000; Kadushin & Egan, 2008a; Matte, 2000).

Depuis un certain nombre d'années, les travailleurs sociaux soulignent qu'il n'y a plus de « dossier simple » aux SSAD, c'est-à-dire qu'une personne âgée ne consulte plus pour une seule problématique, mais bien pour plusieurs problèmes interdépendants qui rendent la situation complexe (Matte, 2000; Mc Guire & Blue-Howells, 2005; Stevens, 2008). Cette situation n'est pas unique au Québec et s'observe dans les autres systèmes de santé aux prises avec le vieillissement de leur population. Conjuguée avec un accroissement des demandes, elle amène le travailleur social à faire moins de contacts directs avec les usagers, à rendre des services moins personnalisés et à exécuter des interventions compensatrices au détriment de celles plus préventives (King, Meadows, & Le Bas, 2004; Larivière, 2007; Stevens, 2008). Dans ce contexte, les travailleurs sociaux affirment avoir une charge de travail trop grande. Ils précisent avoir trop d'usagers à desservir, manquer de temps, ne pas pouvoir réaliser les activités nécessaires au plan d'intervention et être submergés de tâches administratives (Boudreault & St-Onge, 2007; Delli-Colli, Dubuc, Veilleux, & Gauthier, 2010; Moore, 1995). De leur côté, les gestionnaires responsables des SSAD sont aussi préoccupés par la charge de travail des travailleurs sociaux puisqu'ils doivent s'assurer de l'accessibilité et de la continuité des services malgré l'insuffisance du financement, tout en s'assurant de la gestion des services aux usagers en cours et de ceux en attente. Une charge de travail se définit par l'ensemble des activités cliniques directes et indirectes, mais aussi d'activités de nature administrative, professionnelle et personnelle. À l'heure actuelle, les gestionnaires ne disposent d'aucune donnée pour savoir combien de travailleurs sociaux

[1] Au Québec, les termes « intervenants psychosociaux » ou « agents d'intervention en service social » sont utilisés pour désigner certains diplômés universitaires en travail social non membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). Le titre de « travailleur social » est réservé aux membres de l'OTSTCFQ. Toutefois, dans la littérature professionnelle et scientifique internationale, c'est le titre de travailleur social qui est reconnu et qui a justifié son emploi pour les fins de cette thèse.

sont nécessaires pour répondre aux différentes demandes des usagers des SSAD, tout en s'assurant de l'efficience, de la qualité et de la continuité des activités réalisées (Cleak, 2002; Pockett, Lord, & Dennis, 2001). Dans plusieurs milieux, c'est une règle arbitraire, « rule of thumb », qui prévaut actuellement pour estimer le nombre de travailleurs sociaux requis (Orme, 1995).

L'extrait du quotidien La Presse du 12 mai 2012 confirme la pertinence de s'intéresser à la charge de travail du travailleur social :

> « Au lieu de 10 visites par semaine, les travailleurs sociaux doivent dorénavant en faire 12 pour répondre aux objectifs [...] mais on ne comptabilise pas le temps passé à remplir les demandes d'hébergement, les formulaires de subvention et faire les appels avec le médecin, par exemple [...] »

Cette citation traduit l'état actuel du réseau de la santé et des services sociaux où l'on demande de faire plus d'interventions directes pour répondre aux cibles de productivité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), sans toutefois procéder à une évaluation globale du travail des travailleurs sociaux et des éléments pouvant l'affecter. Il est à noter que cette situation engendre aussi une pression énorme chez les gestionnaires qui doivent faire le meilleur usage possible de leurs ressources humaines (Cleak, 2002; Delli-Colli et al., 2010; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009).

Certaines études soulignent que la nature diversifiée des problèmes des usagers, la mixité de la clientèle, la multitude d'approches et de méthodes pour répondre aux problèmes sont tous des éléments qui rendent la mesure de la charge de travail du travailleur social difficile et qui limitent la détermination des ressources requises en travail social. Par contre, quelques études ont évalué l'influence de certaines caractéristiques des usagers sur le temps consacré par les travailleurs sociaux à effectuer leurs différentes activités. Toutefois, ces études se sont intéressées à des adultes hospitalisés ayant des problèmes de santé physique ou mentale. À notre connaissance, il n'y a pas eu de recherche portant sur les caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services à domicile qui influent sur le temps fourni par les travailleurs sociaux. De plus, les caractéristiques des

travailleurs sociaux et des éléments de leur environnement de travail ont très peu été considérés, même s'ils peuvent agir sur le type d'activités et le temps consacré pour les effectuer (Simons, 2006).

Au Québec, certains indicateurs, tels que le nombre d'usagers et le nombre d'interventions significatives, sont extraits du module *Système d'information clientèle* (SIC) du logiciel *Intégration centre local des services communautaires* (I-CLSC). Par contre, ces données ne permettent pas d'obtenir un portrait complet et précis des activités réalisées par les travailleurs sociaux ni des caractéristiques de la clientèle desservie (Delli-Colli et al., 2010). D'un point de vue clinique, certains CSSS se sont inspirés des *balises pour l'attribution de la charge de cas des travailleurs sociaux exerçant dans les CLSC,* publiées en 1998 par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) et mises à jour en 2009, comme outil d'analyse (CLSC Kateri, 2000; CLSC Verdun/Côte Saint-Paul, 1999; Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 1998). Ces outils ont le mérite de considérer plus d'activités effectuées par les travailleurs sociaux que les données obtenues par le système I-CLSC. De plus, ils tentent de capter la complexité des situations cliniques des usagers. Toutefois, cette stratégie ne permet pas de connaître les caractéristiques des usagers qui influencent le type d'activités effectuées et le temps nécessaire pour les accomplir. Ces outils sont relativement longs à compléter et ne permettent pas une analyse fine des éléments-clés à considérer dans la gestion de la charge de travail et l'organisation des services (Cesta, 2005; Orme, 1995; Stevens, 2008). De plus, ils ne considèrent pas certaines caractéristiques du travailleur social, comme son niveau d'éducation ou son expérience professionnelle, qui peuvent moduler le temps consacré à effectuer certaines activités. Faute d'outils pour intervenir sur la charge de travail, cette dernière s'avère non gérée (Brun, 2009).

La pertinence du sujet et le peu de preuves scientifiques sur les éléments pouvant affecter la charge de travail des travailleurs sociaux aux SSAD dans les CSSS du Québec ont justifié l'étude de cette question.

1.2 But de l'étude

La présente étude a donc pour but de fournir aux intervenants et gestionnaires une description des caractéristiques des personnes âgées des SSAD, des caractéristiques des travailleurs sociaux œuvrant aux SSAD et du temps fourni pour effectuer leurs activités. L'étude vise aussi à identifier les caractéristiques des personnes âgées ou des travailleurs sociaux qui influent sur le temps fourni à un usager du SSAD. Enfin, elle s'intéresse aussi à mettre à la disposition des acteurs concernés des informations pour enrichir les actions entreprises par le MSSS qui visent l'optimisation des ressources humaines et des processus de travail qui soutiennent la dispensation des services (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009).

CHAPITRE 2 - LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE AU QUÉBEC

2.1 Historique

Au Québec, les services de soutien à domicile (SSAD) ont connu plusieurs transformations au fil des réformes depuis la création des CLSC, qui s'est étendue de 1971 à 1988. Les CLSC sont devenus la porte d'entrée du système de santé et des services sociaux avec la réforme Côté en 1992. Par la suite, en 2000, le rapport Clair mettait en lumière la dispersion des services et recommandait le regroupement de certains établissements de première ligne, tels que les CLSC, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et le centre hospitalier (CH), lorsque présent. C'est en 2003, avec le projet de loi n°25, que se concrétisera de façon significative ce regroupement afin de favoriser la continuité des services offerts avec les autres partenaires du réseau, notamment ceux des SSAD, en créant 95 CSSS (Larivière, 2007). Cette réforme visait aussi l'implantation des réseaux locaux de services (RLS) dont le but était de rapprocher les services à la population et de faciliter le cheminement de la personne dans le réseau de services de première, deuxième et troisième lignes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). En plus du CSSS, le RLS inclut les autres ressources publiques (ex. : centre de réadaptation, centre hospitalier universitaire), les ressources privées, les organismes communautaires ainsi que les entreprises d'économie sociale (Bourque et al., 2009). La réforme amenait du même coup la responsabilité populationnelle au CSSS, qui devenait imputable de la santé des personnes sur son territoire (Bourque, 2009). L'instance locale, le CSSS, jouait alors un rôle central dans l'organisation des services de santé et des services sociaux, dans leur coordination et leur continuité (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, 2012b).

Depuis 2010, plusieurs CSSS sont impliqués dans des projets d'optimisation des SSAD (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, 2012a). L'optimisation se traduit par l'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la coordination des services de santé et de services sociaux. Cette démarche vise, dans le cadre des SSAD, à augmenter la productivité des intervenants, surtout par un accroissement

des interventions effectuées directement auprès des usagers, et à diminuer les listes d'attente (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, 2012a). Pour augmenter le volume d'activités, l'organisation du travail des intervenants est étudiée en révisant certains processus afin de faire un meilleur usage des ressources humaines et de rendre certains services plus accessibles. Pour actualiser les projets d'optimisation, certaines approches d'amélioration continue sont utilisées, nommons par exemple, la méthode Toyota, le *Lean management*, le *Kaisen* (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, 2010). L'objectif d'offrir davantage de soins et de services de qualité à un plus grand nombre d'usagers fait l'unanimité (Ordre des ergothérapeutes du Québec, Odre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, & Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 2012). Par contre, les moyens utilisés pour y arriver dans certains CSSS sont jugés trop restrictifs, notamment la détermination de la durée des interventions aux SSAD.

2.1.1 Le réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)

Le projet de loi n°25 a aussi touché les services aux aînés. Ainsi, le MSSS souhaitait également qu'un réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) soit mis en place. La définition retenue d'un réseau de services intégrés est une adaptation de Shortell, Gillies, and Anderson (1994) :

> « Le réseau de services intégrés se définit comme un ensemble de partenaires publics, privés et communautaires qui dispensent un continuum de services coordonnés aux personnes âgées d'un territoire circonscrit et qui est tenu responsable financièrement et cliniquement des effets du réseau sur le système de santé ainsi que sur la santé et le bien-être de cette population » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005).

Les principales composantes organisationnelles et cliniques du RSIPA sont les mécanismes de concertation entre les établissements, le guichet unique, la gestion de cas, un outil d'évaluation unique (outil d'évaluation multiclientèle – OEMC), incluant le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), les profils d'autonomie Iso-SMAF, le plan de services individualisés (PSI) et un dossier clinique informatisé (DCI) (Hébert, 2009). En novembre 2011, le niveau d'implantation de l'ensemble de ces composantes se chiffrait en

moyenne à 52 % pour la province. L'Estrie représente la région où le degré d'implantation est parmi les plus élevés à 70 % (Soucy, 2011). Les CSSS et les régions doivent donc poursuivre leurs efforts pour s'assurer, au plan local, de l'intégration des services. Dernièrement, la cible provinciale visée par le MSSS pour l'implantation des composantes, est passée de 52 à 70 % d'ici 2015, seuil considéré nécessaire pour pouvoir apprécier les impacts d'un tel mécanisme de dispensation de services (Hébert et al., 2010; Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Signalons qu'une autre loi adoptée en 2004 vient compléter l'organisation du travail dans les SSAD. En effet, par le biais du projet de loi n°83, les 95 CSSS doivent élaborer des projets cliniques pour sept problématiques particulières dont celle de la clientèle PALV (perte d'autonomie liée au vieillissement). Le programme PALV regroupe désormais tous les services de santé et sociaux dispensés à domicile, en CHSLD, ou ailleurs par un établissement ou par un partenaire du RLS (Bourque et al., 2009). Celui-ci ne vise pas seulement des personnes âgées de 65 ans et plus avec des besoins à court ou à long terme, mais aussi des personnes plus jeunes avec un profil gériatrique. Les visées du programme PALV sont de maximiser le potentiel résiduel et la qualité de vie des personnes, de compenser les incapacités et d'assurer un environnement sécuritaire. La mise en place de la structure PALV se fait par les agences de santé et de services sociaux du Québec, qui mandatent, à leur tour, les CSSS de leur territoire pour opérationnaliser le programme PALV (Bourque et al., 2009). Il peut donc y avoir, d'un CSSS à l'autre, des différences dans les programmes-services, ce qui limite l'obtention d'un portrait global de la situation et entraîne, parfois, des problèmes d'équité et d'accès aux services (Bourque et al., 2009; Protecteur du citoyen, 2012).

Outre les services offerts aux usagers du programme PALV, les SSAD répondent aux besoins d'autres programmes-clientèles, notamment les personnes atteintes de déficience physique (DP) ou de déficience intellectuelle (DI), celles avec des troubles envahissants du développement (TED) et celles en soins palliatifs (CSSS du Granit, 2012; CSSS du Haut Saint -François, 2010). On retrouve des personnes âgées de 65 ans et plus dans tous ces programmes-services, sauf dans le programme TED.

2.1.2 L'offre des services de soutien à domicile

La politique *Chez soi : le premier choix* (2003) définit le domicile comme le lieu où loge une personne de façon temporaire ou permanente. Elle stipule que :

> « Toute personne qui habite dans une maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence privée est admissible au soutien à domicile ».

L'offre des SSAD se traduit globalement par deux types de services : l'aide à domicile et les services professionnels. Quarante-huit mille québécois ont bénéficié de l'aide à domicile et 127 550 personnes ont reçu des services professionnels en 2009-2010 (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, 2011). Depuis 2005-2006, on note une augmentation de 14 % des usagers des SSAD (Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). À cet égard, le MSSS investira dans les prochaines années 758 millions de dollars dans les SSAD afin que davantage de personnes âgées et de proches aidants reçoivent des services (Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). La croissance annuelle des dépenses est plus importante au niveau des services professionnels qu'au niveau de l'aide à domicile (Institut national de santé publique du Québec, 2010).

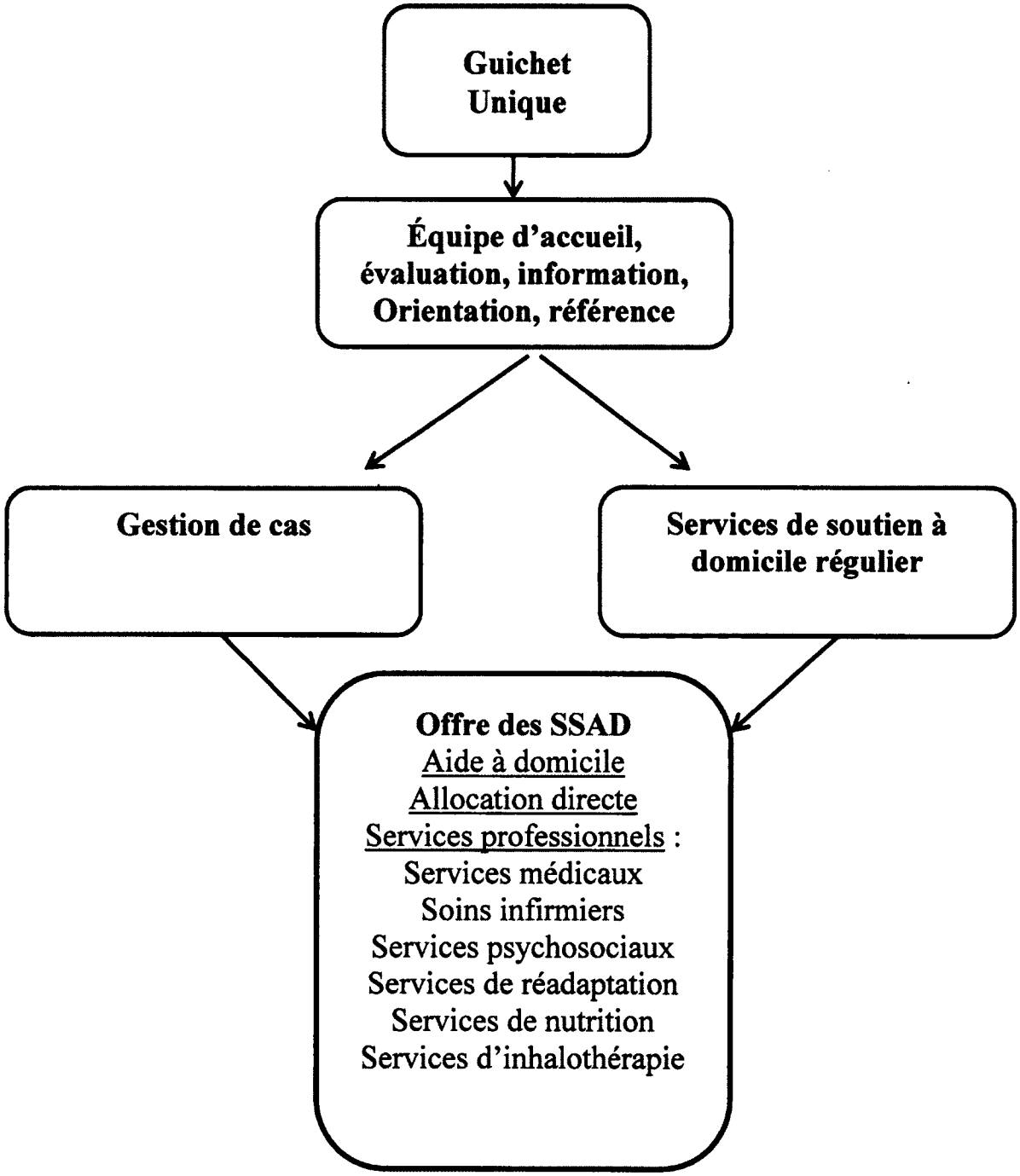
L'aide à domicile se traduit par de l'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) (ex. : aide à l'hygiène ou à l'habillement). Dans certaines situations où la perte d'autonomie est plus importante, des services d'aide à la mobilisation (ex. : lors du lever, du coucher, de la sieste ou du repositionnement au lit) et à l'élimination peuvent être mis en place. Cette assistance est assumée par les auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASS). Le besoin d'aide aux activités de la vie domestique (AVD), comme la préparation de repas, l'entretien ménager, la lessive et les courses, touche environ 15 % des personnes âgées de 65 ans et plus (Camirand & Fournier, 2012) et ces activités peuvent être accomplies dans le cadre des SSAD sous certaines conditions (ex. : lorsque la personne présente une très grande vulnérabilité et que la surveillance de l'ASS est requise). Toutefois, la très grande majorité des personnes sont dirigées vers des entreprises d'économie sociale pour ce genre de services.

Certaines personnes, dont l'état de santé est stable, peuvent avoir des besoins de services aux AVQ ou aux AVD et être capables d'en assumer la gestion seules ou avec un proche. Ces personnes sont alors admissibles au programme d'allocation directe (chèque emploi-service). Avec cette allocation, ces personnes peuvent engager des personnes autres qu'un membre de leur famille ou utiliser les services d'une entreprise d'économie sociale. Le travailleur social est souvent sollicité dans ces dossiers puisqu'annuellement, ou lors d'un changement majeur, l'évaluation des besoins et le plan d'intervention doivent être révisés pour assurer la poursuite du programme. De plus, le CSSS doit soutenir les personnes dans ce programme tant au plan de la sélection des personnes qui fourniront l'aide que dans les modalités administratives (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009b).

Les services professionnels sont les soins médicaux, les soins infirmiers, les services psychosociaux et de réadaptation (ex. : ergothérapeute et physiothérapeute). Les services psychosociaux sont offerts par les travailleurs sociaux, les techniciens en travail social et par une partie des gestionnaires de cas. Dans certains CSSS, d'autres cliniciens peuvent s'ajouter selon leur disponibilité, soit des nutritionnistes, des inhalothérapeutes, des psychoéducateurs et des psychologues. Les professionnels procèdent à des activités d'évaluation, de suivi, d'information, d'enseignement et de référence. En Estrie, pour l'année fiscale 2011-2012, ce sont les soins infirmiers qui ont vu le plus grand nombre d'usagers et qui ont effectué, en moyenne, le plus d'interventions par usager (moyenne de 13,8), suivis des services psychosociaux (moyenne de 6,0), du service d'inhalothérapie (moyenne de 5,8), d'ergothérapie (moyenne de 4,0) et de physiothérapie (moyenne de 3,2) (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2012b). Pour le calcul de ces moyennes, seules les interventions dites significatives sont tenues en compte. Selon le cadre normatif du I-CLSC, une intervention significative représente une ou plusieurs interventions effectuées pour un usager (individu, couple, famille, groupe) dans le cadre d'une rencontre ou d'une communication téléphonique (ex. : suivi psychosocial pour l'adaptation à un nouveau milieu de vie). Cette intervention doit obligatoirement faire l'objet d'une note au dossier. Dans le cadre d'une intervention de couple ou familiale, pour être significative l'activité doit être un objectif commun au plan d'intervention de chacun des usagers impliqués dans

la situation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009a). La figure 1 présente le cheminement d'une demande aux SSAD

Figure 1. Cheminement d'une demande aux SSAD



2.1.3 Portrait des usagers et des besoins dans les services de soutien à domicile

Comme mentionné précédemment, la clientèle des SSAD couvre plusieurs programmes-clientèles et le nombre de personnes, toutes clientèles confondues, ayant recours aux SSAD est en augmentation (Camirand & Fournier, 2012). De plus, la proportion des personnes qui ont besoin d'aide s'accroît avec l'âge (ISQ, 2012). Certaines données de nature administrative sur les usagers des SSAD sont disponibles dans le I-CLSC où un certain nombre d'informations sont normalisées et font l'objet de rapports sur la clientèle. Ainsi, il est possible d'observer que les personnes de 75 ans et plus représentent 75 % des personnes qui reçoivent des services à domicile pour un total de 83 % des interventions. Pour leur part, les personnes de 65 à 74 ans constituent 16 % des usagers desservis. Plus de femmes nécessitent de l'aide, peu importe le groupe d'âge (Camirand & Fournier, 2012; Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012; Régie de l'assurance maladie du Québec, 2012b). L'espérance de vie des femmes plus grande que les hommes, leurs problèmes de santé, tels qu'une diminution de la vision et la présence de douleur chronique, qui limitent l'accomplissement des activités, et le fait de vivre seule peuvent expliquer le recours aux services formels (Camirand & Fournier, 2012). En plus de l'âge, du sexe et du nombre d'interventions, il est possible d'avoir des données sur la provenance et la recevabilité des demandes. Ainsi, en Estrie pour l'année 2011-2012, les références pour le programme PALV à domicile, provenaient dans 42 % des situations d'un CH et dans 12 % des cas d'un cabinet de médecin en privé ou d'un groupe de médecine familiale (GMF). Les trois quarts (76 %) des demandes acheminées au programme PALV des SSAD sont acceptées, 15 % des demandes seront traitées et terminées dans la même année (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2012a).

En ce qui a trait aux caractéristiques cliniques des usagers des SSAD, le module informatique du RSIPA fournit le profil d'autonomie Iso-SMAF des usagers d'un CSSS. Les 14 profils Iso-SMAF représentent une classification des besoins des usagers en profil type d'autonomie fonctionnelle. Développé à partir du SMAF, chaque profil regroupe des personnes avec des incapacités similaires, mais qui se distinguent des caractéristiques d'un autre groupe. Les 14 profils Iso-SMAF sont regroupés dans cinq groupes. Dans le premier groupe, les personnes ont principalement des atteintes aux AVD qui se présentent sous

forme de difficulté au profil 1, de besoin de supervision au profil 2 et de besoin d'aide au profil 3. Le deuxième groupe se caractérise par des personnes qui ont des atteintes motrices mais des fonctions mentales relativement préservées. Les personnes du profil 4 sont généralement autonomes aux AVQ tandis que les personnes du profil 6 présentent des difficultés dans l'exécution des AVQ et les personnes du profil 9 ont besoin d'aide. Le troisième groupe inclut des personnes avec des atteintes mentales prédominantes. Les individus du profil 5 présentent une atteinte mentale modérée et des difficultés aux AVQ, alors que ceux du profil 7 présentent une atteinte mentale grave. Le profil 8 regroupe des personnes présentant une atteinte grave, mais des besoins de surveillance aux AVQ et à la mobilité. Les personnes du profil 10 ont besoin d'aide pour les AVQ, et ont une atteinte mentale grave. Les quatrième et cinquième groupes rassemblent des personnes qui ont des atteintes à la fois à la mobilité et aux fonctions mentales. Dans le quatrième groupe, le profil 11 regroupe des personnes qui ont besoin d'aide aux AVQ et sont généralement continentes. Les personnes du profil 12 sont dépendantes aux AVQ, très souvent incontinentes et présentent des troubles de comportement importants. Enfin, dans le cinquième groupe, on retrouve les personnes les moins autonomes, généralement alitées et dépendantes pour les AVQ, comme le profil 13. Les personnes du profil 14 ont aussi des fonctions mentales très atteintes et une incapacité à communiquer.

Dans les dix dernières années, les régions des Laurentides (2010), de la Montérégie (2002) et de la Mauricie-Centre-du-Québec (2004) ont procédé à un recensement des profils Iso-SMAF des usagers des SSAD (Alie, Meunier, & Desnoyers, 2011; Dubuc, Leblanc, Ferland, 2006; Tousignant et al., 2004). La composition des usagers est présentée dans le tableau 1. Malgré que ces recensements ont eu lieu à divers moments et sur des territoires ayant chacun leur historique d'organisation de services aux aînés, on observe des portraits semblables au niveau des profils d'autonomie des usagers des SSAD.

Tableau 1. Profils d'autonomie des usagers des SSAD dans trois régions du Québec

Type d'atteinte	Pourcentage des usagers des SSAD
Atteintes prédominantes aux AVD (Profils Iso-SMAF 1, 2, 3)	40 %
Atteintes prédominantes à la mobilité (Profils Iso-SMAF 4, 6, 9)	entre 34 et 37 %
Atteintes prédominantes aux fonctions mentales (Profils Iso-SMAF 5, 7, 8, 10)	entre 14 et 20 %
Atteintes mixtes et lourdes (Profils Iso-SMAF 11, 12, 13, 14)	entre 4 et 8 %

L'apport des services des SSAD ne répond qu'à 8,32 % des besoins des personnes âgées en soins infirmiers, d'assistance et de soutien (Tousignant et al., 2004). Compte tenu de cette faible réponse aux besoins, d'autres partenaires sont alors mis à contribution et le travailleur social doit collaborer avec eux. D'abord, les proches aidants qui offrent autant de l'aide instrumentale que du soutien émotif. On compte environ 20 % de québécois qui donnent de l'aide ou des soins à une personne âgée sans rémunération (Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). La moitié des personnes âgées du Québec comptent uniquement sur leur famille pour de l'aide (Carrière, 2006; Ducharme, 2006). Ces proches aidants peuvent être des membres de la famille, des amis et des voisins qui sont disposés à donner de l'aide. Ils composent les services informels. Les proches aidants les plus présents sont surtout des conjoints, des conjointes ou les enfants de la personne âgée. De plus, il est à noter que les femmes sont plus nombreuses à avoir le titre de proche aidante et y consacrent plus d'heures que les hommes (Ducharme, 2006; Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Malgré la féminisation du titre de proche aidant, la présence des hommes dans ce rôle n'est cependant pas à négliger. Parmi les personnes âgées de plus de 75 ans, ce sont les hommes qui sont les plus nombreux à consacrer plus de 20 heures par semaine pour de l'assistance aux AVQ, AVD, pour diverses démarches entourant l'organisation des services ou pour du soutien émotionnel. Par ailleurs, les personnes âgées qui comptent sur leur famille pour de l'aide peuvent aussi avoir recours à des services formels pour des services plus spécialisés ou complémentaires (Carrière, 2006).

Les autres partenaires susceptibles de venir en appui aux services des SSAD sont les services publics, communautaires et privés, désignés aussi comme des services formels. D'abord, d'autres services du CSSS peuvent être mis à contribution pour le maintien à domicile de la personne âgée, par exemple, le centre de jour et l'hébergement par alternance ou temporaire. Suite à un événement de santé, une personne âgée peut aussi bénéficier de services plus spécialisés de deuxième ligne, tels qu'un séjour en unité d'évaluation de courte durée gériatrique, en unité de réadaptation fonctionnelle intensive ou dans une unité transitoire de récupération fonctionnelle (Tourigny, Paradis, Bonin, Bussières, & Durand, 2004). D'autres services ambulatoires, comme l'hôpital de jour ou des cliniques externes de consultations gériatriques, peuvent aussi être un complément aux SSAD en favorisant le maintien ou la restauration de l'autonomie (Hébert, 2007).

Ensuite, certaines personnes âgées qui ont des besoins liés aux AVD et au transport, ont recours à des organismes communautaires offrant des services tels que la livraison de repas ou le transport-accompagnement, pour ne nommer que ceux-ci. La prestation des services repose alors sur l'implication des bénévoles (Sévigny & Vézina, 2007). D'autres organismes communautaires axés sur les loisirs et l'activité physique contribuent à briser l'isolement et au maintien à domicile. En 2008-2009, près de 80 000 personnes âgées de 65 ans et plus ont bénéficié de services d'une entreprise d'économie sociale (Ministères des Affaires municipales, Régions, & Territoires., 2012). Par ailleurs, il y a également des personnes âgées qui feront le choix d'obtenir des services par des entreprises privées puisqu'elles disposent de moyens financiers et d'une couverture d'assurance leur permettant de combler leurs besoins d'aide aux AVQ et AVD

Enfin, certaines personnes âgées choisissent ou sont contraintes (en raison, par exemple, d'une maison non adaptée, d'une sécurité compromise ou d'une insuffisance de soutien social) d'aller vivre dans un milieu collectif. En 2010, 112 000 québécois de plus de 65 ans vivaient en résidence pour personnes âgées (RPA) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Ils y reçoivent des services de gîte et de couvert. L'offre de services, en ce qui a trait à l'aide aux AVQ et aux soins infirmiers, est très variable d'un milieu à l'autre. Pour pallier à l'insuffisance voire à l'absence de services ou pour soulager financièrement

la personne âgée qui doit payer ces ajouts de services, certains services d'assistance des SSAD peuvent combler en partie ou en totalité un besoin. De plus, mises à part quelques exceptions, les RPA n'emploient pas des professionnels de la réadaptation ou des services psychosociaux. Ces services doivent être couverts par le personnel des SSAD.

2.2 Le travailleur social

2.2.1 Le champ d'exercice du travailleur social

Le champ d'exercice du travail social se définit comme suit : évaluer le fonctionnement social d'une personne, déterminer un plan d'intervention, assurer la mise en œuvre du plan d'intervention ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne, en réciprocité avec son milieu, dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement (Boily & Bourque, 2011). L'intervention des travailleurs sociaux est teintée de valeurs universellement reconnues soit celles du respect de la dignité et de l'unicité de la personne, le droit à l'auto-détermination, la promotion du bien-être de la personne et de sa protection et la promotion de la justice sociale (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012).

Le fonctionnement social des personnes, des familles et des collectivités est la pierre angulaire du travail social. Il vise le soutien et la promotion des aptitudes à maintenir avec l'environnement social pour que les échanges favorisent la satisfaction des besoins fondamentaux. L'évaluation de cette dimension doit porter sur :

> « l'analyse des caractéristiques de la personne en interaction avec celles de son environnement immédiat et sociétal ainsi que sur les problèmes sociaux auxquels elle est confrontée, afin de comprendre sa situation de manière globale » (Boily & Bourque, 2011).

Le défi pour le travailleur social est de conserver cette capacité d'analyse puisque, dans le feu de l'action, il est souvent amené à être dans un mode de résolution de problèmes pour aider les personnes qui vivent une difficulté. Il peut alors perdre de vue, dans son analyse et

son intervention, que le problème personnel rencontré par une personne (ex. : abus financier d'un proche) n'est pas seulement causé par les caractéristiques individuelles de cette dernière, mais aussi lié aux problèmes sociaux de notre société (ex. : la maltraitance des personnes âgées).

2.2.2 La méthodologie d'intervention

Au niveau de la méthodologie de l'intervention, l'évaluation demeure l'activité de premier plan dans l'exercice du travail du travailleur social. Elle s'inscrit dans un processus en cinq phases : la prise de contact, l'évaluation de la situation, la planification d'une intervention sociale, la réalisation d'une intervention sociale et son évaluation (Thibault, 2011). Cette activité est dynamique, continue et non linéaire (De Robertis, 2007). Elle s'effectue avec la participation et la collaboration de la personne. Dans leur formation initiale de même que dans la formation continue, les travailleurs sociaux vont privilégier certaines approches pour leur cadre d'analyse. L'approche systémique, la thérapie brève orientée vers les solutions, l'intervention en situation de crise et l'approche communautaire sont souvent citées, et ce, avec une perspective de réappropriation ou d'accroissement par la personne de son pouvoir et de sa capacité d'agir (CLSC de Sherbrooke, 2004; CLSC Mercier-Est/Anjou, 2005; Matte, 2000). En effet, l'objectif de l'intervention vise à conscientiser et à mobiliser la personne vers le changement (ex. : comportement, situation, vision) et devient par le fait même central dans le plan d'intervention. Au-delà des moyens et des techniques, la réussite d'une intervention réside dans la relation thérapeutique basée sur une confiance mutuelle qui s'établira progressivement dès la prise de contact (Kadushin & Egan, 2008b; Thibault, 2011).

En lien avec la population d'intérêt, les services psychosociaux auprès des personnes âgées en perte d'autonomie visent à:

> « restaurer et à préserver l'équilibre psychosocial de la personne et de ses proches ainsi que des activités de réinsertion sociale, d'adaptation aux changements de milieu de vie, d'utilisation de ressources de la communauté, de prévention de la négligence, des abus » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001).

Dans ce contexte, la pratique professionnelle des travailleurs sociaux est encadrée par certaines dispositions législatives. Les principales sont la *Loi de la santé et des services sociaux*, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui (P-38)*, la *Loi sur le curateur public* et le *Code civil du Québec* (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012). Par ailleurs, pour l'ensemble des travailleurs sociaux, le projet de loi n°21, qui modifie le code des professions et d'autres dispositions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, amène les professionnels du travail social à revoir certaines activités réservées et d'autres partagées avec d'autres professions (Larivière, 2012). Quelques dispositions touchent davantage le travail des travailleurs sociaux auprès des personnes âgées. D'abord, l'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection devient un acte réservé aux membres de l'OTSTCFQ. D'autres actes sont désormais partagés avec d'autres professions (psychoéducation, psychologie), notamment les mesures d'isolement et de contention et l'évaluation d'une personne avec un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou une évaluation par un professionnel habileté. Les travailleurs sociaux membres de l'OTSTCFQ doivent intervenir en respectant le code de déontologie et les règlements de tenue des dossiers (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012). L'ensemble des travailleurs sociaux composent aussi avec le code d'éthique, la politique et les procédures en vigueur dans leur établissement (CSSS Jardins-Rousillon, 2010).

2.2.3 Rôles du travailleur social

Le personnel des SSAD est responsable du cheminement de la personne et de son proche aidant et de la coordination des services offerts par le CSSS ou ses partenaires. En fonction de ce contexte, le travailleur social qui travaille en concert avec d'autres professionnels des SSAD, exerce plusieurs rôles et effectue une multitude d'activités. En général, l'intervention se fait auprès de l'usager en perte d'autonomie. Par contre, cette action s'avère être un complément à l'intervention de couple, de famille, de groupe et des communautés (Bourgon & Gusew, 2007). Sans prétendre à l'exhaustivité, le tableau 2 présente les rôles du travailleur social les plus reconnus dans la pratique (Barbeau, 2000; Bourgon & Gusew, 2007). Ces rôles sont complémentaires et s'exercent de façon

concomitante dans la poursuite d'un but commun défini avec l'usager. Lorsque le travailleur social effectue des activités directes et indirectes, les rôles de courtier, de médiateur et de défenseur de droits sont très souvent utilisés. (Carignant, 2011). Par ailleurs, la prédominance des rôles exercés peuvent être modulée par l'approche utilisée par le travailleur social. Dans l'approche systémique, le travailleur social accomplit les rôles de médiateur, courtier et de consultant alors que dans la thérapie brève orientée vers les solutions, les rôles d'enseignant, de mobilisateur et de courtier sont davantage sollicités (Carignant, 2011).

Tableau 2. Rôles du travailleur social

Rôles	**Définitions**
Soutien thérapeutique	Soutenir la personne et son réseau dans une démarche de changement en mobilisant les ressources existantes et en développant de nouvelles stratégies d'ajustement.
Facilitateur	Agir sur l'environnement social pour faciliter les relations et augmenter le fonctionnement social.
Courtier	Inventorier et évaluer les ressources. Informer, orienter et référer l'usager vers les ressources. Assurer la liaison entre la personne et les ressources.
Défenseur des droits	Lutter avec la personne ou en son nom pour le respect de ses droits ou défendre son droit à une ressource qui lui a été refusée.
Médiateur	Favoriser une meilleure interaction entre les parties en recherchant les intérêts communs et en identifiant les obstacles à éliminer.
Gardien	Prendre en charge temporairement un usager dépourvu de ses capacités de décider pour lui-même.
Enseignant	Transmettre des informations, des connaissances, des façons de faire pour soutenir la personne dans l'acquisition de nouvelles habiletés.

Dans les activités que le travailleur social doit effectuer pour actualiser ses rôles, certaines s'effectuent en présence de l'usager ou de sa famille. À titre d'exemples, notons l'évaluation globale de l'usager, l'évaluation psychosociale dans le cadre d'un régime de protection ou d'un suivi psychosocial pour des difficultés d'adaptation, par exemple suite à un déménagement dans une RPA. D'autres activités sont réalisées au CSSS, sans la

présence de l'usager ou de sa famille, et sont nécessaires pour mener à terme les objectifs du plan d'intervention. Ces activités ont le qualificatif d'interventions indirectes. Elles sont entre autres des activités de rédaction, par exemple de l'OEMC, du plan d'intervention et des notes évolutives. D'autres activités sont axées sur l'échange d'informations sur la situation de l'usager ou sur les services utilisés ou à mettre en place. Ces discussions de cas peuvent se faire avec les membres de l'équipe du CSSS ou avec des partenaires du RLS (Delli-Colli et al., 2010). Le travailleur social a aussi une obligation d'assurer son développement professionnel par le perfectionnement (ex. : formation continue) et par le maintien ou l'enrichissement de ses connaissances par le biais de résultats de recherche et de lignes directrices dans son domaine d'intervention (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012). Le recours à la supervision et au soutien entre pairs aide à l'accroissement de l'identité professionnelle. Le travailleur social doit aussi contribuer le plus possible au développement de sa profession en collaborant à la formation d'étudiants (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012). Finalement, dans son quotidien, le travailleur social doit exécuter certaines tâches administratives exigées par le CSSS pour ses opérations, comme compiler les statistiques dans I-CLSC, faire son horaire et son relevé de présence.

Parmi la multitude d'activités que le travailleur social doit accomplir, certaines sont très cliniques et requièrent des connaissances et des compétences professionnelles plus pointues sur le fonctionnement familial, la santé mentale ou la santé physique. Le travailleur social doit aussi être capable d'identifier les enjeux éthiques, d'exercer une pensée critique et d'émettre un jugement clinique sur une situation donnée. Selon certaines personnes, d'autres activités comme établir l'inventaire de ressources, compléter un formulaire pour inscrire un usager à un service ou à programme de subvention, requièrent moins d'analyse clinique et pourraient relever de la compétence d'un technicien (Fogler, 2009). À cet effet, soulignons que certains CSSS emploient des techniciens en travail social (TTS). Ceux-ci se voient attribuer des dossiers de personnes âgées dont la situation psychosociale est peu problématique ou stabilisée, qui montrent peu ou pas de risques pour l'intégrité et la sécurité, qui disposent de ressources personnelles et d'un réseau d'aide qui compense pour leurs incapacités (CSSS Jardins-Rousillon, 2010). Ces usagers requièrent généralement des

interventions prévisibles à long terme ou sporadiques. Les usagers qui présentent des indices de vulnérabilité sociale, un réseau de soutien absent ou limité, des risques élevés ou modérés pour l'intégrité et la sécurité, qui demandent de multiples interventions à court et à moyen terme et pour lesquels il faut composer avec un amalgame de lois, sont généralement dirigés vers un travailleur social.

Certaines composantes du RSIPA ont un impact direct sur le travail des travailleurs sociaux. Certains travailleurs sociaux ont changé de fonction pour consacrer une partie ou la totalité de leur temps à la gestion de cas. D'autres travailleurs sociaux n'effectuent plus certaines activités (ex. : évaluer la demande initiale d'aide et de services) car ce sont les professionnels du guichet unique qui en ont la responsabilité. Le tableau 3 présente les similitudes et les différences entre les gestionnaires de cas, les travailleurs sociaux et les TTS, principaux professionnels offrant des services psychosociaux. Pour certaines activités, comme la planification, on peut percevoir une forme de gradation dans les responsabilités confiées à ces trois professionnels. D'autres activités, comme l'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection, sont dorénavant réservées à des professionnels qui répondent à des critères de diplomation et d'affiliation professionnelle.

Tableau 3. Similitudes et différences entre les activités effectuées entre les intervenants

Activités	Gestionnaire de cas	Travailleur social	Technicien en travail social
Complétion de l'OEMC	Oui	Oui	Oui
Évaluation psychosociale	Non	Oui, plus analytique	Oui, plus descriptive
Évaluation psychosociale de l'aptitude	Non	Oui, réservée aux membres OTSTCFQ	Non
Planification	Partenaires du réseau local + sectoriels, outil : plan de services individualisés (PSI)	Équipe SSAD + partenaires du réseau local, outil : plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Outil : plan d'intervention disciplinaire (PID)
Coordination	Complexe, intensité de services élevée	Liaison, démarches, discussion de cas	Faible
Suivi psychosocial	Non	Préventive et thérapeutique, moyen et long terme	Sporadique, sous forme de relance

2.2.4 Motifs de référence des personnes à un travailleur social

Les motifs de référence pour avoir recours aux services des travailleurs sociaux des SSAD sont divers. Malheureusement, ils ne sont pas répertoriés dans le I-CLSC et aucune donnée statistique n'est disponible. D'abord, les personnes ayant des difficultés au niveau de leur insertion sociale et de leur adaptation aux pertes (ex. : deuil, perte d'autonomie, changement de milieu de vie) justifient une référence à un travailleur social (Bernie-Marino, 2004; Kadushin & Egan, 2008a). Dans le même ordre d'idée, l'accompagnement en fin de vie peut également faire l'objet d'une demande pour les services d'un travailleur social (Hébert, Durivage, Freitas, & Nour, 2008). De plus, des relations conflictuelles avec les proches, la solitude et l'isolement social sont aussi des raisons invoquées pour obtenir un suivi psychosocial. Elles peuvent aussi être accompagnées de problèmes sociaux comme des difficultés économiques et de pauvres conditions de logement qui sont aussi des cibles d'intervention (Gonyea, 2006). L'expertise du travailleur social peut être requise auprès des personnes vulnérables. Notons, par exemple, l'intervention auprès des victimes de diverses formes de maltraitance (Giasson & Beaulieu, 2004) auprès des personnes dont l'aptitude et

le besoin de protection doivent être examinés (Pauzé & Gautier, 2009). Dans un autre ordre d'idée, la prévention des problèmes de santé mentale, tant chez l'aîné que chez le proche aidant, de même que des problèmes de substances ou d'alcool sont, dans certains cas, la raison d'une référence (Gellis, 2006; Shibusawa, 2006). Enfin, l'organisation des services entourant le maintien de l'autonomie fonctionnelle et la présence de troubles cognitifs est largement considérée pour impliquer un travailleur social dans une situation (Benjamin & Naito-Chan, 2006).

Qu'importe le motif de référence, le processus d'intervention demeurera le même. D'abord, une évaluation psychosociale sera nécessaire par le travailleur social, qui fera par la suite le suivi à une fréquence déterminée dans le plan d'intervention, produira une réévaluation des besoins de l'usager et révisera son plan d'intervention (Tremblay, 2011). Le travailleur social procèdera à la fermeture de son dossier si l'usager décède, quitte le domicile pour un milieu de vie de type public, change de territoire et, plus rarement, s'il retrouve son autonomie.

En somme, les travailleurs sociaux sont impliqués auprès de la personne âgée pour diverses raisons. Les services rendus sont-ils suffisants pour répondre aux besoins des personnes âgées? En ce qui a trait aux services des travailleurs sociaux, il n'est pas possible de savoir à quelle hauteur ils répondent aux besoins des usagers puisqu'il n'existe pas de méthode qui permette de définir les services requis en travail social (Tousignant et al., 2004).

2.2.5 Collaboration interprofessionnelle

Les travailleurs sociaux sont très rarement les seuls intervenants actifs dans le dossier d'une personne âgée qui reçoit des SSAD. Les interventions s'effectuent en complémentarité avec d'autres professionnels. L'ASS, le personnel infirmier (auxiliaires, techniciennes, bachelières, cliniciennes), le personnel de réadaptation (ergothérapeute, physiothérapeute, technicien en réadaptation physique), l'inhalothérapeute, le nutritionniste, le médecin généraliste, le gestionnaire de cas et le psychologue sont les intervenants généralement retrouvés dans les SSAD (Dechêne, Mégie, & Arcand, 2007). Être capable d'établir et de

maintenir des collaborations interprofessionnelles est donc une compétence recherchée chez les travailleurs sociaux (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012). Une des conditions gagnantes de la collaboration pour le travailleur social est de reconnaître ses rôles et ses champs de compétence et ceux de ses collègues (Curran, 2004; Oandasan et al., 2006). Actuellement dans le RSIPA, les outils en place, comme l'OEMC, le PSI et le PII favorisent l'adoption d'un langage commun et aident à préciser ce qu'on attend de chacun des membres de l'équipe (Sicotte, D'amour, & Moreault, 2002). Par ailleurs, certains éléments tels que le type, la composition, la stabilité et la cohésion des équipes teintent la collaboration, mais certaines de ces conditions ne sont pas toujours présentes. Par contre, les épisodes de services sont généralement longs avec les usagers du PALV, ce qui aide à adopter une vision commune de la situation de l'usager et augmente les opportunités d'interagir. Cependant, la grande taille de certains CSSS serait un frein à la collaboration (Sicotte et al., 2002).

La recension des écrits portant sur le cadre conceptuel de l'étude et sur le sujet de la charge de travail sera abordée dans le prochain chapitre.

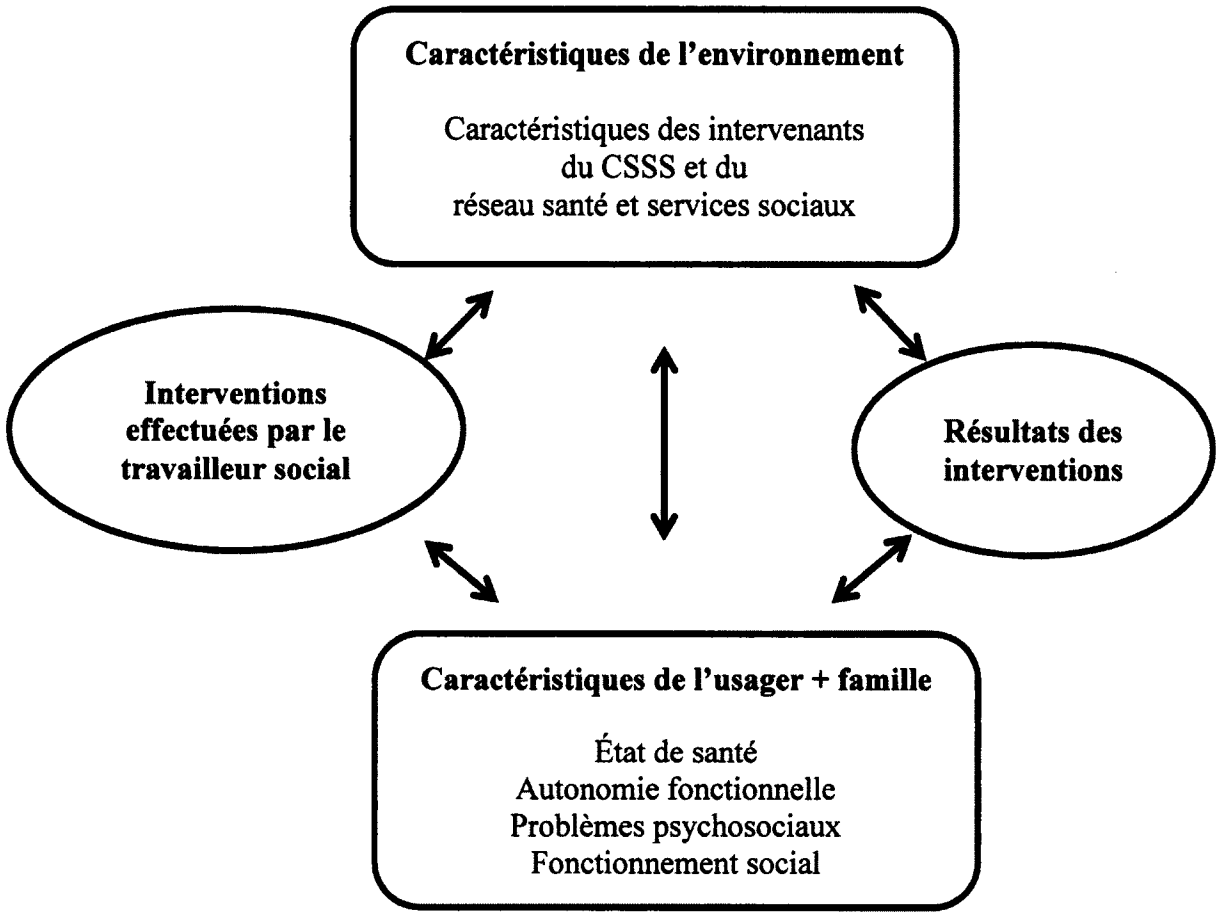
CHAPITRE 3 - RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre comporte trois parties. La première partie présente le cadre conceptuel de l'étude. La deuxième porte sur le concept et sur la mesure de la charge de travail, alors que la troisième discute des facteurs qui influencent la charge de travail. Enfin, les objectifs spécifiques de l'étude complètent ce chapitre.

3.1. Le cadre conceptuel

Pour s'assurer de bien capter les différentes facettes de l'étude, soit la charge de travail des travailleurs sociaux et les caractéristiques des usagers et de l'environnement qui l'affectent, l'étude s'est basée sur le *Quality Health Outcome Model* (QHOM) (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998; Mitchell & Lang, 2004). Ce modèle général de l'utilisation et de la qualité des services de santé et sociaux s'inspire du cadre linéaire traditionnel (structure-processus-résultats) de Donabedian (Donabedian, 2005). Il a été choisi puisqu'il tient compte de la pratique et des facteurs complexes à mesurer, que ce soit pour les personnes qui reçoivent des services à l'hôpital ou pour celles les recevant dans la communauté. Il est aussi utile pour donner une orientation dans la sélection de variables qu'il faut considérer lorsque l'on s'intéresse aux services de santé et sociaux. Ce cadre, adapté au contexte de l'étude, est présenté à la figure 2. Le résultat des interventions cliniques est la conséquence de son interaction dynamique avec trois autres dimensions : les caractéristiques de l'usager, les caractéristiques de l'environnement et les interventions du professionnel. Ce résultat peut à son tour interagir avec ces trois composantes. Les caractéristiques de l'usager et de l'environnement viennent moduler la relation entre les interventions et les résultats, ce qui explique l'absence de lien direct entre les interventions et les résultats

Figure 2. Cadre conceptuel inspiré du *Quality Health Outcome Model (QHOM)*



Les caractéristiques de l'environnement sont, par exemple, les services dispensés dans le CSSS (ex. : la disponibilité ou l'accessibilité des services), mais aussi l'organisation des services chez les partenaires du CSSS dans le RLS. D'autres éléments potentiels de l'environnement sont l'utilisation de la technologie et les compétences du personnel en place. **Les caractéristiques des usagers et de leurs familles** peuvent être à la fois de nature sociodémographique (ex. : âge, sexe, niveau de scolarité) ou liées à l'état de santé, aux facteurs de risque en présence et au fonctionnement social et familial. Pour leur part, **les interventions** sont les activités directes (ex. : visite au domicile de l'usager) et indirectes (ex. : rédaction de notes) fournies aux usagers de même que les activités non associées aux dossiers des usagers, mais qui sont nécessaires au fonctionnement de l'organisation et au développement professionnel. Enfin, **les résultats** peuvent se situer tant au niveau de l'environnement (ex. : le volume d'usagers, la durée de séjour, le nombre

d'interventions) qu'au niveau des usagers (ex. : l'impact de la maladie ou des incapacités sur le bien-être subjectif, la qualité de vie, la participation sociale et l'adaptation aux pertes) (Lin, 2005; Mitchell et al., 1998).

Afin d'illustrer l'application de ce cadre aux résultats potentiels de l'étude, voici un exemple. Les caractéristiques d'une personne âgée en perte d'autonomie modérée, vivant en milieu rural, qui a peu de soutien social et qui est en besoin de protection, peuvent affecter le type et l'intensité des activités faites par le travailleur social. En effet, plusieurs interventions visant l'organisation des services à domicile peuvent avoir lieu, comme la recherche de services, une discussion de cas avec un membre de l'équipe des SSAD et le suivi de la mise en place des services. Des interventions permettant de maintenir les capacités résiduelles, par exemple de l'habilitation, peuvent également être faites, tout comme des activités d'évaluation psychosociale pour juger de l'aptitude de la personne et de la pertinence de la protéger. Le type d'intervention pourrait aussi différer selon certaines caractéristiques de l'environnement qui touchent la disponibilité et l'accès à des services dans ce milieu rural, comme des services de transport ou de répit. De plus, un travailleur social moins expérimenté pourrait consulter davantage ses collègues ou son coordonnateur clinique pour valider son plan d'intervention.

Il est toutefois à noter que, malgré la pertinence de s'intéresser aux résultats des interventions, cet élément n'a pas été documenté dans le cadre de la présente étude pour des questions de faisabilité et d'échéancier. Seules les relations entre les trois autres dimensions du modèle ont été étudiées.

3.2 La charge de travail social

Une charge de travail se définit généralement par la quantité et la qualité des interventions requises. Elle comporte des aspects quantitatifs observables, visibles et prévisibles qui peuvent être définis habituellement par les volumes (ex. : nombre et temps des activités), mais elle renferme aussi des aspects qualitatifs, difficiles à cerner, comme le travail

imprévisible (ex. : demandes simultanées) et le travail invisible (ex. : difficulté de la tâche, efforts physiques et mentaux nécessaires) (Needham, 1997). Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons à la composante « quantité » de la charge de travail c'est-à-dire à l'ensemble des activités directes et indirectes liées à la charge de cas ainsi qu'aux activités administratives et professionnelles effectuées par un travailleur social pendant une période donnée. Le temps personnel, pauses et repas, est aussi considéré (Brun, 2009; Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2009; Orme, 1995).

3.2.1 Historique de la mesure de la charge de travail social

L'intérêt pour mesurer la charge de travail est apparu en trois temps dans la littérature du travail social. Tout d'abord, aux États-Unis et en Angleterre dans les débuts des années 70, période qui correspond au développement de la profession et à l'intégration des praticiens dans plusieurs milieux de pratique (Orme, 1995; Williams, 1978). Une attention particulière était portée aux activités effectuées par le travailleur social. Le travail social individuel, le *casework*, ne s'effectue pas au vu et au su de tous, contrairement à d'autres professions comme celle d'infirmière dans un hôpital où l'action se déroule au grand jour. L'objectif était alors de vérifier quel travail avait été fait et comment il avait été fait. Évidemment, l'identification de critères pertinents pour partager le travail entre les intervenants était aussi recherchée. L'enthousiasme sur la question de la mesure de la charge semble s'être estompé par la suite, entre autres parce que les outils développés ne procuraient pas de réponses satisfaisantes aux gestionnaires.

Le désir de quantifier la charge de travail a de nouveau retenu l'attention vers la fin des années 80, début 90, dans une période où l'économie mondiale vivait de grandes incertitudes et où l'idéologie néolibérale était en plein essor. La profession du travail social a alors fait face à des défis, voire des menaces sur sa présence dans les milieux de dispensation de soins (Orme, 1995). À l'ère du financement des hôpitaux avec les *Diagnosis Related Group* (DRG), le travail social en Australie, par exemple, devait être en mesure de fournir des données sur ses coûts, ses bénéfices et son efficacité dans le cadre

hospitalier (Cleak, 2002; Pockett et al., 2001). Toutefois leur système d'information ne procurait pas d'informations justes et de qualité sur ce qui était produit par le travail social, puisque les travailleurs sociaux n'avaient pas une pratique harmonisée. En effet, la compréhension des données qui devaient être saisies pouvait varier d'un intervenant ou d'un établissement à l'autre. De plus, une volonté faible de la part des travailleurs sociaux de changer leur pratique était notée (Pockett et al., 2001). Une classification des problèmes présentés par les usagers et des activités accomplies par le travail social a alors fait son arrivée dans la pratique dans l'*Australian allied activity classification hierarchy*. Une meilleure adhésion des travailleurs sociaux cette fois, était remarquée puisqu'ils avaient participé, à travers différents comités, au développement de cette classification afin qu'elle soit pertinente d'un point de vue clinique (Cleak, 2002).

Depuis les années 2000, la préoccupation de la mesure de la charge de travail des travailleurs sociaux semble être reliée à la gestion des ressources humaines. Le lien entre le stress, l'épuisement professionnel, le roulement du personnel et la charge de travail s'avère être une grande préoccupation, surtout ses impacts sur la performance et sur les coûts pour une organisation. Le roulement du personnel entraîne un bris dans la continuité et la qualité des services offerts aux usagers (Stevens, 2008). De plus en plus, la notion de bien-être subjectif des intervenants apparaît aussi comme un aspect important à considérer en raison de ses bienfaits sur la productivité, l'absentéisme et la rétention de la main-d'œuvre (Shier & Graham, 2011).

L'intérêt de capter la charge de travail des travailleurs sociaux passe inévitablement par une forme d'évaluation et de quantification de l'exercice de la profession. Assurément, les points de vue étaient et demeurent encore partagés.

3.2.2 Les pour et les contre de la mesure de la charge en travail social

La tendance mondiale des 20 dernières années indique que la quantité de travail pour beaucoup de travailleurs, indépendamment de la profession, est plus importante qu'avant, le temps d'exécution plus court, l'action de planifier réduite, voire même considérée

comme un luxe (Brun, 2009; Greenglass, Burke, & Moore, 2003). De plus, la qualité des services et la sécurité des usagers sont scrutées à la loupe par différents types d'organisations telles que le Protecteur du citoyen, le Vérificateur général du Québec et Agrément Canada. Pour les travailleurs sociaux, il en résulte une pression croissante. Paradoxalement, il y a peu d'avancées sur la mesure de la charge de travail.

La méthode traditionnelle *du work measurement* (input → processus de transformation → output) a été utile pour certains types de travail. Par exemple, le travail en usine est bien établi, stable avec des composantes répétitives, simples et clairement définies qui se produisent dans un cycle de production court (Niebel & Freivalds, 2003). Le travail social a pratiquement tous les qualificatifs contraires. Les interventions sont nombreuses, variées, et requièrent différentes tâches et habiletés pour être actualisées. Comme le travail est non routinier, les cycles de « production » sont variables et potentiellement longs (Gathercole & DeMello, 2001). Les aspects plus invisibles du travail comme la concentration, la vigilance, l'organisation et la superposition des tâches ont plutôt été négligés par les méthodes de mesure de la charge (Brun, 2009). C'est pour ces raisons que les tentatives de mesure du travail social, comme pour d'autres professionnels des ressources humaines, n'ont pas eu beaucoup de succès. De plus, les personnes plus éduquées, avec un statut de professionnel, sont plutôt résistantes aux mesures de contrôle que peuvent représenter les études sur l'utilisation du temps (Harris, 1993).

La mesure du temps en travail social implique de classifier les activités du travail social. Cette façon de faire ne fait pas toujours l'unanimité. Certains diront qu'il est inapproprié de diviser la pratique en catégories d'intervention car cela représente mal les interrelations entre l'évaluation psychosociale et les autres types d'intervention (Cleak, 2002; Pockett et al., 2001). D'autres pensent que c'est réducteur et que cela ne rend pas justice à la complexité et à la nature systémique et intégrée de la pratique. Enfin, certains craignent, par ces mesures, de freiner l'innovation et la créativité dans la pratique du travail social. Bref, pour les opposants de la mesure, ce calcul va à l'encontre du côté humain de leur travail et la personne qui reçoit les services n'en retire aucun bénéfice. Ils considèrent que ce processus consomme plus de temps qu'il n'en sauve (Bergeron & Robert, 2007; Cleak,

2002; Pockett et al., 2001). Les objections viennent surtout de considérations idéologiques, mais aussi pour certains, d'une peur, à tort ou à raison, d'être démasqués d'une utilisation du temps non optimale (Savaya, 1998). Toutefois, ces objections n'ont pas toujours rendu service au travail social puisque, par le fait même, elles mettent en doute la scientificité de la profession (Couturier & Carrier, 2003).

Par ailleurs, il n'y a pas que des côtés négatifs à l'introduction de la mesure. Comme la mesure implique de classifier les interventions, il en résulte une plus grande facilité pour les travailleurs sociaux à définir avec rigueur ce qu'ils font et amène, par le fait même, une clarté dans la définition des rôles et des fonctions (Bergeron & Robert, 2007). Comme mentionné précédemment, cela permet une ouverture au dialogue et aide à définir la place du travail social parmi les autres professions du domaine de la santé (Cleak, 2002; Couturier & Carrier, 2003; Pockett et al., 2001). Finalement, une mesure procure des données standardisées. Elle permet de comparer les services d'un établissement à un autre, d'allouer des ressources humaines et d'obtenir du financement (Dubuc, Delli-Colli, Bonin, & Tousignant, 2007).

Comme la charge de travail peut être influencée par la gravité des situations, il faut aussi être en mesure de documenter les caractéristiques des usagers. À cet effet, les avis sont aussi partagés. Les oppositions viennent de loin. Toute référence à la notion de diagnostic social, amenée en 1917 par Mary Richmond, était mal vue car cela évoquait un rapprochement au modèle médical. La classification du fonctionnement social est aussi évitée par certains par crainte d'étiqueter les usagers, de les stigmatiser et d'ainsi contribuer à leur exclusion sociale (Bergeron & Robert, 2007; Pockett et al., 2001; Savaya & Spiro, 1997). On a longtemps dit que le travailleur social était son propre outil pour intervenir, avec ses savoirs d'expérience et son pragmatisme. Pour certains, l'introduction d'outils standardisés qui visent à évaluer, circonscrire et nommer, avec des paramètres communs, la réalité des usagers vient dire que les savoirs objectivés ont plus de valeur (Couturier & Carrier, 2003). Les antagonistes appréhendent que les réponses aux problèmes présentés par les usagers soient prescrites et formatées d'avance, sans considérer la singularité de l'individu, évacuant ainsi le côté subjectif de l'intervention (King, 2009; King et al., 2004).

En fait, ils redoutent que le jugement clinique du travailleur social, s'il n'est pas appuyé par un instrument de mesure, ne soit pas reconnu (Bergeron & Robert, 2007). La réticence de certains praticiens origine du fait que l'emploi d'instruments de mesure n'est pas suffisamment abordé dans la formation initiale des travailleurs sociaux et que, par le fait même, ils se sentiraient moins compétents que d'autres professionnels initiés tôt dans leur formation à cette forme d'évaluation (Berkman et al., 1999).

Cependant, certains auteurs affirment que nous ne pouvons pas nous permettre d'exclure les instruments de mesure de la pratique puisqu'ils sont liés aux avancées de la profession. D'un point de vue clinique, ils sont utiles pour détecter un problème, déterminer le besoin d'une intervention en travail social et vérifier le progrès ou l'amélioration de l'état d'un usager (Berkman & Maramaldi, 2001). Or, pour les partisans de la mesure, l'utilisation d'instruments n'enlève rien à l'analyse du travailleur social et doit toujours s'accompagner du jugement clinique (Van Hook, Berkman, & Dunkle, 1996). En regard de la recherche, compte tenu des projections sur l'augmentation des besoins de travailleurs sociaux dans les 20 prochaines années, l'usage d'instruments de mesure pourra permettre l'évaluation de l'effet des interventions et le rapport coût-efficacité de la pratique du travail social auprès des aînés (Rizzo & Rowe, 2006). Les données standardisées, lorsqu'il y a un mécanisme établi pour les maintenir à jour, donnent accès à des indicateurs pour la planification des services (Cleak, 2002; Dubuc et al., 2007; Pearson, 2000). Combinées aux renseignements sur l'intervention, les données standardisées sur les usagers peuvent justifier les ratios actuels de travailleurs sociaux, mais également démontrer le réel besoin de ressources humaines supplémentaires (Pockett et al., 2001).

Au Québec, la pratique des travailleurs sociaux est touchée par l'adoption d'outils pour l'évaluation de l'autonomie de la personne (OEMC) et pour l'évaluation psychosociale pour la protection du majeur inapte. Même s'ils ne sont pas, à proprement dit, des instruments de mesure, sauf pour la partie SMAF de l'OEMC, ils permettent une uniformisation de ces activités professionnelles en s'assurant que les composantes essentielles soient considérées (Larivière, 2007).

3.2.3 Dimensions qualitatives de la charge de travail

Les aspects qualitatifs de la charge de travail demeurent pertinents, quoi qu'ils soient très difficiles à mesurer. On note les aspects physiques, cognitifs et émotifs. Les aspects physiques peuvent se présenter sous forme de fatigue. Les aspects cognitifs sont, par exemple, une réflexion constante pour effectuer le travail visible, pour jongler avec les imprévus et les échéances en planifiant et en organisant continuellement. Enfin, l'analyse que doit faire le travailleur social pour prendre du recul, demeurer empathique et se protéger d'une situation abusive relève davantage d'aspects émotifs de la charge de travail (Cole, Panchanadeswaran, & Daining, 2004; Curtis, Moriarty, & Netten, 2010). Il est important de ne pas sous-estimer le côté subjectif inhérent à la charge de travail. Par conséquent, chez deux travailleurs sociaux qui ont un travail semblable, l'un peut se sentir surchargé et l'autre non. Brun (2009) suggère donc de s'intéresser à ce qui est ressenti par les travailleurs sociaux. Dans certains cas, le manque de connaissances et de compétences face à une problématique (ex. : les troubles cognitifs) peut provoquer un sentiment de stress, d'épuisement ou l'impression de ne pas être en plein contrôle de ses moyens (Curtis et al., 2010). Ici, ce n'est pas tant la quantité de travail qui prévaut, mais bien le sentiment de ne pas avoir l'expertise nécessaire pour agir. Le sentiment d'être débordé et en surcharge est encore plus difficile à saisir (Cesta, 2005). Par exemple, ce qui n'est pas terminé, une activité abandonnée, ce qu'un travailleur social souhaite faire sans y parvenir, constituent aussi le volume de la charge de travail (Brun, 2009). Ainsi, idéalement, l'examen complet de la charge de travail réelle devrait inclure ce qui est demandé au travailleur social et ce qui est ressenti par ce dernier. Un outil complet de la charge de travail devrait considérer ces deux volets pour examiner adéquatement le travail réalisé.

Comme l'illustrent le paragraphe précédent et la définition de la charge de travail au point 3.2, elle peut être étudiée sous plusieurs angles. En ce qui concerne les travailleurs sociaux, le concept de charge de travail a jusqu'à maintenant été discuté de façon moins exhaustive que pour d'autres professionnels de la santé comme les infirmières et les médecins (Stevens, 2008). Néanmoins, la charge de travail peut être abordée sous divers angles : son impact sur le stress, la santé physique ou mentale des professionnels (Ben-Zur & Micheal, 2007; Cole et al., 2004), sur la performance des travailleurs (Orme, 1995), sur son lien avec

la satisfaction au travail (Evans & Huxley, 2009; Rauktis & Koeske, 1994), sur sa mesure (Williams, 1978; Zimmer & Boud, 1987) et sa gestion (Stevens, 2008; Truswell, 1984). Quelques études ont été réalisées auprès des travailleurs sociaux qui, dans certains cas, occupaient la fonction de gestionnaires de cas auprès de diverses populations : les enfants ou les adolescents en contexte de protection ou les adultes atteints du syndrome d'immunodéficience acquise, de maladie mentale ou d'un problème de santé physique incluant parfois des personnes âgées de 65 ans et plus (Abramowitz, obten, & Cohen, 1998a, 1998b; Lauber, 1992; Mills & Ivery, 1991; Stein, Callaghan, McGee, & Douglas, 1990). En ce qui concerne le contexte de dispensation des services, les études auprès des adultes ont eu lieu dans des hôpitaux de soins aigus ou dans la communauté (Coulton, Keller, & Boone, 1985; Mc Guire & Blue-Howells, 2005). Seulement trois études en travail social, auprès de population adulte, se sont penchées sur l'analyse de facteurs pouvant influencer le temps fourni à effectuer les différentes activités. Elles seront présentées à la section 3.3.

3.2.4 Méthodes pour estimer le temps

L'origine des méthodes pour mesurer le temps fourni pour faire une activité ne provient pas des sciences de la santé ou des sciences sociales, mais bien de l'ingénierie (Niebel & Freivalds, 2003). Le tableau 4 résume l'ensemble des méthodes inventoriées, mais seuls les moyens les plus pertinents pour le champ d'exercice du travail social sont détaillés dans les paragraphes suivants.

Les statistiques administratives, qui représentent le premier contact des travailleurs sociaux avec la mesure, sont compilées par les intervenants à une fréquence qui varie d'un milieu à un autre et constituent une façon de mesurer les activités accomplies par les intervenants. Toutefois, ces systèmes ne sont pas conçus spécifiquement pour mesurer la charge de travail et comportent des listes d'activités incomplètes et imprécises. Un biais de mémoire peut également être présent car ces informations sont saisies *a posteriori.*

Tableau 4. Méthodes pour estimer des temps standards

Méthodes	Objectif	Opérationnalisation	Avantages/désavantages
1. Estimation par jugement d'experts	Obtenir des approximations de temps.	Jugement d'experts	Moins coûteuse que les études de temps. Représentativité de la pratique si plusieurs experts et milieux. Manque d'objectivité si critères imprécis.
2. Données historiques **a. *Standard elemental time***	Utiliser les temps de base pour les combiner et développer des temps de travail.	Données rétrospectives pour plusieurs types d'emploi.	Moins coûteuses que les mesures de temps. Imprécises et incomplètes pour décrire une activité professionnelle. Peu applicables pour les professionnels.
b. Normes pré-déterminées (*pre-determined standards*)	Établir des temps standards avant même que le travail soit effectué.	Données obtenues par mesures répétées sur un grand nombre de travailleurs.	Moins pertinentes pour le travail peu répétitif et imprévisible.
3. *Stopwatch time study*	Établir des temps standards et déterminer le coût de fabrication (utilisé en milieu manufacturier).	Tâche décortiquée (étapes, répétition du cycle).	Moins pertinent pour le travail peu répétitif et prévisible.
4.Échantillonnage *«work sampling»*	Obtenir le % du temps total fourni pour l'activité.	Échantillonnage d'activités à des intervalles fixes ou aléatoires.	Pertinent pour les activités variées et moins prévisibles. Nécessite de déterminer la durée des cycles à observer. Ne détermine pas la durée de l'activité. Besoin d'un grand nombre d'observations pour l'estimation de temps précis.
5. Évaluation continue	Obtenir le temps fourni par activité.	Mesure en continu de toutes les activités effectuées.	Pertinente pour les activités variées et peu prévisibles. Fournit les meilleurs estimés de temps. Coûteuse.

L'estimation du temps pour accomplir une activité peut être obtenue par un jugement d'experts. Dans cette méthode, le nombre d'experts s'avère important (Mc Guire & Blue-Howells, 2005). Idéalement, les experts ne doivent pas provenir du même milieu afin d'avoir une bonne représentation de la diversité de la pratique. Ils doivent également définir des critères, comme est-ce que le temps correspond à ce que peut faire un intervenant d'expérience « moyenne » (c'est-à-dire, ni junior ni sénior) dans des circonstances normales (c'est-à-dire pas en situation de crise ou d'urgence élevée). En l'absence de critères, ces estimés peuvent manquer d'objectivité et de cohérence (McGuire, Bikson, & Blue-Howells, 2005). Des données rétrospectives provenant de statistiques administratives peuvent aussi servir de données de base pour cet exercice, sachant que ces dernières sont le reflet du temps fourni par les intervenants et pas nécessairement des meilleures pratiques (Canadian Association of Occupational Therapist, 2011).

En ce qui a trait au temps mesuré directement pour illustrer les temps fournis, les études de temps et mouvements sont alors utilisées. On peut les diviser en deux sous-méthodes (Burke et al., 2000). D'abord, les études de temps et mouvements par échantillonnage (*work sampling*), qui mesurent par intervalle de temps fixe ou aléatoire les activités effectuées. Toutefois, il faut beaucoup d'observations pour obtenir des temps précis. Il y a aussi les études de temps et mouvements en continu qui captent sans interruption les activités effectuées. Cette façon de faire constitue la meilleure estimation du temps (Burke et al., 2000; Ozcan, 2005). Dans les deux cas, il existe deux façons de recueillir les données : par rapportage ou par observation. Le rapportage signifie que l'intervenant saisit lui-même ses données par opposition à l'observation où c'est une autre personne qui note ce que fait l'intervenant. Un observateur peut mesurer les activités de plusieurs intervenants lorsqu'il s'agit d'une étude dans laquelle les activités sont échantillonnées. Dans le cas des mesures en continu, l'observation s'avère un moyen coûteux. L'effet de sentir son travail scruté à la loupe se manifeste initialement dans l'observation et le rapportage, mais s'estompe avec le temps (Dubuc et al., 2002). L'objectif d'une telle mesure doit être expliqué clairement aux intervenants-participants. Dans les dernières années, les études de temps et mouvements ont délaissé les outils papier pour des appareils électroniques (Were et al., 2008; Westbrook, Ampt, Kearney, & Rob, 2008). Ces technologies procurent des

données plus précises et assurent leur intégrité, puisqu'elles peuvent être directement synchronisées sur un ordinateur et agrégées pour les analyses (Westbrook & Ampt, 2009).

Les études de temps et mouvements demandent considérablement d'énergie en temps et en ressources et elles ne peuvent pas être répétées de façon régulière (Burke et al., 2000; Ozcan, 2005). Toutefois, les temps fournis par activité, une fois ajustés pour tenir compte de la fatigue et des interruptions, peuvent être considérés comme des temps standards (Niebel & Freivalds, 2003; Ozcan, 2005). Des experts peuvent alors valider ces temps en considérant les lignes directrices et les guides de pratique dans leur domaine et établir des temps requis, c'est-à-dire le temps nécessaire pour satisfaire les besoins de l'usager (Tilquin & D'Hoore, 1996).

3.3 Facteurs pouvant influencer la charge de travail social

Comme mentionné précédemment, trois études se sont intéressées aux différentes caractéristiques pouvant influencer la charge de travail social. Bien que ces études n'aient pas été réalisées exclusivement auprès de personnes âgées de 65 ans et plus, l'examen des caractéristiques étudiées peut donner un éclairage sur l'identification de variables pertinentes à considérer. Ainsi, les prochains paragraphes aborderont les caractéristiques des usagers, des travailleurs sociaux et de l'environnement physique et organisationnel des établissements dispensateurs de services qui ont été examinées dans ces études. Aucune étude plus récente n'a été identifiée lors des recherches dans les banques de données pertinentes au domaine d'étude. Les dates de publication des articles correspondent aux périodes les plus marquantes de développement concernant la mesure de la charge de travail telle que décrite précédemment.

La première étude, celle de Coulton et al. (1985), s'est déroulée dans un centre hospitalier auprès d'une clientèle adulte. La majorité des 207 sujets étaient des personnes âgées. Cette étude visait à analyser les facteurs qui affectaient la somme de temps fourni aux patients par les travailleurs sociaux. Les caractéristiques suivantes ont été étudiées : les données

sociodémographiques des patients, les diagnostics et la durée de séjour. De plus, une mesure d'acuité, composée de trois dimensions a été utilisée. Ces dimensions sont : 1) le fonctionnement biopsychosocial (santé physique et mentale; AVQ et ressources sociales et économiques); 2) la présence de facteurs de risque et 3) le nombre de problèmes liés à l'épisode de soins. En ce qui concerne l'environnement, la localisation du patient (unité) a été considérée. La mesure du temps fourni pour accomplir les activités directes et indirectes a été captée par un journal d'activités complété par les travailleurs sociaux. Ils devaient aussi identifier la raison pour laquelle l'activité était accomplie (ex. : la planification du congé). Suite à une analyse de régression multiple, la mesure d'acuité, le type d'activités et la localisation du patient expliquaient 34 % de la variance du temps total fourni. Le nombre de problèmes traités par l'intervenant serait l'élément le plus lié à la consommation de temps lorsqu'une seule dimension de la mesure d'acuité est utilisée. Cette étude comporte toutefois certaines limites. D'abord, les auteurs ne fournissent pas d'information sur la fréquence à laquelle les travailleurs sociaux devaient compléter leur journal d'activités. De plus, cinq activités ont été mesurées, ce qui n'offre pas un portrait complet de la charge de travail. Le nombre d'observations recueillies semble insuffisant puisqu'il y a une grande variabilité des temps fournis aux patients (Coulton et al., 1985).

L'étude de Semke et al. (1993) s'est inspirée à plusieurs niveaux de celle de Coulton. La population d'intérêt s'avère être des patients d'une unité psychiatrique d'un hôpital universitaire offrant des services de troisième ligne et situé dans un milieu urbain. Ces patients ont été admis de façon volontaire. L'objectif était aussi de connaître les caractéristiques des usagers qui affectent le temps consacré par les travailleurs sociaux. L'étude s'est effectuée auprès de 474 patients dont 64 % étaient atteints de dépression majeure ou de trouble bipolaire et 17 % de schizophrénie. Le temps passé pour un patient provient des statistiques compilées quotidiennement par les travailleurs sociaux dans le système d'information *Hospital Social Work Information System* (Friedman, 1990). Ce système, développé par un groupe d'experts à travers les États-Unis, inclut aussi des informations sur les caractéristiques des usagers qui sont : une liste de 31 problèmes (ex. : logement, relations familiales, barrières culturelles), une liste de 31 facteurs de risque, les diagnostics, les données sociodémographiques, les conditions économiques, le statut au

plan de la couverture d'assurance (*Medicaid*) et la durée de séjour. Le temps moyen par dossier était de 3,87 heures et l'écart-type de 2,83, indiquant une grande variabilité dans les valeurs de temps. Les variables associées au temps fourni ont été identifiées à partir d'analyses de régression. Le modèle final incluait la durée de séjour, le nombre de problèmes identifiés, les personnes d'appartenance ethnique de l'Asie, l'interaction entre le placement et le programme *Medicaid,* et une référence à un service de protection de l'enfance et de la jeunesse. L'ensemble de ces variables prédisaient 37 % de la variance du temps fourni. Il est difficile de faire des liens entre cette population et celle des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce sont des adultes plus jeunes, avec des problèmes de santé mentale, avec des enfants mineurs à charge qui vivent des problèmes sociaux forts différents des personnes âgées en perte d'autonomie. Les différentes activités effectuées auprès des patients n'étaient pas définies dans le système d'information utilisé, ce qui fait que les auteurs ne sont pas en mesure d'identifier la ou les activités qui consomment le plus de temps. Le nombre de travailleurs sociaux impliqués dans cette étude n'est pas précisé (Semke, Stowell, & Durgin, 1993).

L'étude de Gathercole et al. (2001) s'est effectuée dans des unités d'évaluation et de réadaptation auprès d'une clientèle adulte avec des problèmes orthopédiques, neurologiques ou avec une amputation. L'âge des patients n'est pas spécifié. Cette étude avait aussi comme objectif d'identifier les éléments qui affectent la charge de travail social. Les caractéristiques telles que les données sociodémographiques, l'autonomie fonctionnelle et les diagnostics ont été considérées. De plus, une mesure de la complexité psychosociale incluant des variables comme le niveau de motivation, la capacité de résolution de problèmes, l'ajustement aux pertes et la complexité des problèmes sociaux a aussi été utilisée. Ces variables furent évaluées sur une échelle de Likert à cinq niveaux. Des éléments liés à la prestation de services comme la durée de séjour, de même que certaines caractéristiques des intervenants ont aussi été considérés. Le temps fourni pour effectuer neuf activités a été mesuré à l'aide des statistiques administratives compilées par les intervenants à tous les mois. La complexité psychosociale expliquait 41 % de la variance du temps fourni. Combinées à des données sociodémographiques et à la durée de séjour, ces variables expliquent 67 % de la variance du temps fourni. Les limites de cette étude se

situent aussi au niveau de la mesure du temps fourni. Le choix d'utiliser des statistiques administratives compilées une fois par mois représente une source d'imprécision liée au biais de mémoire. Les auteurs soulignent que la mesure de la complexité psychosociale n'était pas suffisamment développée pour capter le soutien social disponible, élément très important dans le processus de réadaptation et qui influence l'implication et les activités des travailleurs sociaux (Gathercole & DeMello, 2001).

Quoique les études recensées se soient surtout intéressées aux caractéristiques de l'usager, le temps que prend le travailleur social pour faire une activité peut aussi dépendre de ses propres caractéristiques. Une mesure des caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe et le niveau de scolarité sont des aspects à considérer dans la mesure de la charge (Douville, 1993; Gathercole & DeMello, 2001). L'expérience et la familiarité du professionnel avec les problématiques présentées par l'usager peuvent également influer sur le temps puisque ce dernier répondra plus aisément et rapidement à ces situations variées (Cesta, 2005; Gathercole & DeMello, 2001; North East London Foundation Trust, 2009; Stevens, 2008). Les compétences professionnelles du travailleur social et ses habiletés d'intervention sont aussi utiles dans la détermination du nombre de situations d'usagers qu'il se verra confier (King et al., 2004). Les intervenants qui combinent plus d'un rôle professionnel, par exemple, travailleur social et gestionnaire de cas ou travailleur social et superviseur clinique, doivent constamment être alertes au pourcentage de temps qu'ils sont supposés consacrer pour les accomplir (King et al., 2004). Aussi, le nombre de cas et l'affiliation professionnelle ont été considérés pour mesurer leur influence sur le type d'activités (Douville, 1993). Un autre facteur important à prendre en compte est la perception du travailleur social quant à sa performance. Dans une journée de travail, il doit jongler avec plusieurs situations de personnes âgées et effectuer un ensemble d'activités. Les imprévus et le manque de soutien dans la prise de décision représentent des obstacles à la gestion de sa charge de cas (King, 2009). D'ailleurs, dans l'établissement de temps standards explicité au chapitre 3, les imprévus et la fatigue, éléments qui peuvent ralentir le rythme de travail, sont pris en compte (Niebel & Freivalds, 2003). De plus, la performance du réseau de la santé et des services sociaux est également à considérer. Une étude rapporte que la perception des intervenants face à l'efficacité du réseau de services peut entraîner

une modification dans leur offre de services (Fiorentine & Grusky, 1990). Par exemple, si l'intervenant croit que le délai est trop long avant d'avoir accès à des ressources de répit pour les proches aidants, il pourrait alors offrir un suivi psychosocial plus intensif et de l'enseignement pour diminuer le risque d'épuisement.

Au plan organisationnel, des informations sur les effectifs comme le taux d'absentéisme et la rotation du personnel peuvent expliquer le temps passé en formation par le nouveau personnel. Ceci influence la charge de travail des intervenants en place qui compensent pour le manque de ressources (Orme, 1995; Stevens, 2008). Aussi, des éléments tels que le type d'unité, le type de programme-services et le nombre d'intervenants dans l'équipe peuvent influencer le temps d'exécution de certaines activités (Coulton et al., 1985; Douville, 1993; Gathercole & DeMello, 2001). De plus, les lieux physiques et la disponibilité du matériel (ex. : attendre que l'ordinateur soit libre) occasionnent une perte de temps. La zone géographique, de même que certains indicateurs socio-économiques, seraient non négligeables (King et al., 2004). Les temps de déplacement seront plus importants lorsque les établissements sont en milieu rural. Le niveau de pauvreté de la population et la disponibilité des services communautaires peuvent affecter la charge de travail des travailleurs sociaux en entraînant plus de demandes d'évaluation (Gellis, Kim, & Hwang, 2004; Stevens, 2008).

3.4 Objectifs de l'étude

La recension des écrits a permis de constater que la charge de travail des travailleurs sociaux impliqués auprès des personnes âgées a été peu étudiée. Les études permettent tout de même de tirer des leçons. Certaines caractéristiques des usagers, des intervenants et de l'environnement où sont dispensés les services influencent la charge de travail. En ce qui a trait aux caractéristiques des usagers, les variables étudiées sont souvent de l'ordre des données sociodémographiques, des diagnostics, des problèmes psychosociaux et des facteurs de risque en présence. Par contre, il est possible de penser que les problèmes psychosociaux des personnes âgées en perte d'autonomie diffèrent des autres populations. En plus de la transformation des rôles sociaux, le réseau social de la personne âgée tend à

être moins volumineux et se renouvelle plus difficilement, ce qui limite le soutien social (Levin, 2000). De plus, les nombreuses pertes vécues par la personne âgée, telles le décès d'un proche ou la perte de son autonomie et de son logement, sont des événements qui peuvent entraîner des difficultés d'adaptation et nécessiter un suivi psychosocial (Gonyea, 2006). Enfin, l'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie implique aussi de se préoccuper de la situation des proches aidants, élément qui n'a pas été tenu en compte par les trois études susmentionnées. Il devient alors impératif d'identifier les caractéristiques pertinentes à notre contexte. En ce qui concerne la façon de mesurer la charge de travail il est maintenant possible, compte tenu de la technologie et des connaissances, d'obtenir des données plus précises et plus complètes.

L'objectif principal de l'étude est donc d'identifier les caractéristiques des personnes âgées, des intervenants qui influencent le temps fourni en travail social. Cinq objectifs spécifiques sont poursuivis :

1) Identifier les caractéristiques et les besoins psychosociaux des personnes âgées en perte d'autonomie susceptibles d'influencer la charge de travail des travailleurs sociaux ainsi que les outils pour les mesurer.
2) Décrire les caractéristiques individuelles des personnes âgées et des travailleurs sociaux, de même que l'environnement dans les SSAD de différents CSSS du Québec.
3) Élaborer une liste complète d'activités en service social et vérifier la faisabilité de mesurer de façon précise le temps fourni par les travailleurs sociaux pour ces différentes activités.
4) Estimer le temps fourni par les travailleurs sociaux exerçant dans les SSAD de différents CSSS.
5) Étudier l'association entre les différentes caractéristiques étudiées et le temps fourni en travail social.

Le prochain chapitre présente trois articles relatant les différentes étapes effectuées pour répondre aux objectifs de la thèse de même que les résultats complémentaires.

CHAPITRE 4 - MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

Le présent chapitre est essentiellement composé des trois articles de cette thèse. Le premier article, intitulé *Identifying psychosocial variables for home-care services and how to measure them,* est en lien avec le premier objectif spécifique, soit l'identification des caractéristiques individuelles essentielles et les outils pour les mesurer. Le deuxième article ayant pour titre *Measuring social work activities with older people: A time and motion study,* répond au troisième objectif spécifique de tester une méthode pour mesurer les activités et le temps fourni. Enfin, le troisième article, *Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux influençant la charge de travail au soutien à domicile* aborde la description des caractéristiques des usagers et des travailleurs sociaux, le temps fourni par ces derniers et leur association (deuxième, quatrième et cinquième objectifs spécifiques). Les informations qui suivent justifient certains choix méthodologiques qui ont été faits pendant le projet et qui n'ont pas été explicités dans ces articles. La dernière section contient quelques résultats supplémentaires qui n'ont pas été inclus dans le troisième article.

Le premier article fait donc état des résultats d'une consultation d'experts qui a été menée au Québec. Elle a été précédée d'une recension des écrits, guidée par le cadre conceptuel du *QHOM,* sur les caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs besoins psychosociaux qui pouvaient avoir un impact sur la charge de travail des travailleurs sociaux. Des variables de l'environnement de travail ont également été considérées pour leur influence potentielle sur les interventions et le temps fourni. Toutes les particularités des systèmes de santé et services sociaux de d'autres pays, par exemple les assurances-santé de type *medicaid* ou *medicare,* n'ont pas été retenues comme variables potentielles. La consultation de plusieurs travailleurs sociaux par une méthode de type Delphi a été privilégiée pour retenir les variables pertinentes au contexte québécois. Enfin, puisqu'aucun outil de mesure n'était identifié pour évaluer un bon nombre des variables reconnues dans la littérature, ceux-ci ont été sélectionnés par un groupe de 10 experts conviés à un groupe de discussion focalisée. Les résultats de cette étape ont permis

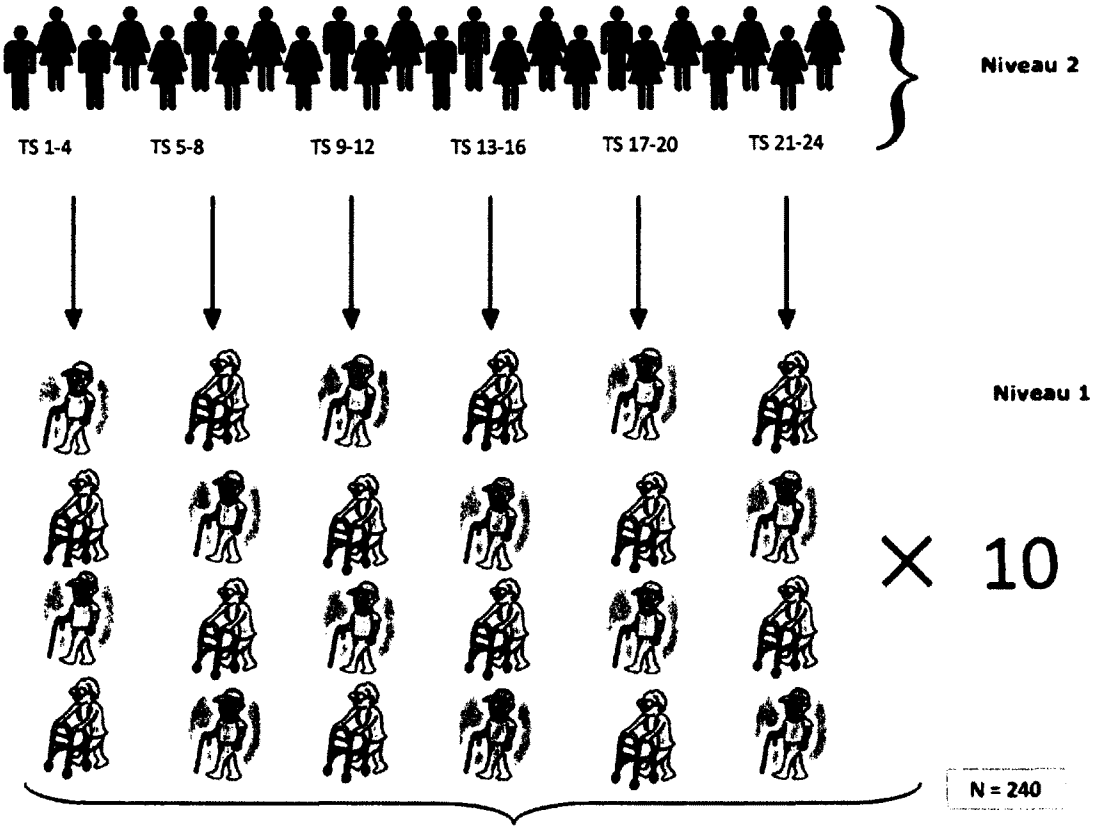
l'élaboration de l'outil d'évaluation des caractéristiques individuelles des personnes âgées qui fut utilisé pour répondre au deuxième objectif spécifique.

Le deuxième article rapporte les résultats d'une étude exploratoire qui a été réalisée au CSSS-IUGS. La recension des écrits avait confirmé le peu d'études en travail social portant sur la mesure de la charge de travail, ce qui limitait l'accès à des données sur la faisabilité et la durée nécessaire d'un tel suivi des intervenants de même que sur les paramètres nécessaires au calcul d'une taille d'échantillon. Le manque d'expérience dans le domaine justifiait la réalisation d'une étude exploratoire pour obtenir des données de base avant d'entreprendre une étude de plus grande envergure. Tout d'abord, une liste d'activités en travail social a été développée, validée et intégrée dans un logiciel pour effectuer une étude de temps et mouvements en continu par rapportage auprès de huit travailleurs sociaux pendant 12 jours (Delli-Colli et al., 2010). Cette liste fut inspirée de travaux menés avec le logiciel TEDDI (Temps et Déplacement Des Intervenants), réalisés auprès de personnel en soins infirmiers en CHSLD (Dubuc et al., 2002), et auprès d'autres professionnels des SSAD dans la région de Laval (Dubuc, Tousignant, Hébert, Buteau, & Coulombe, 2002). Le rapportage a été privilégié à l'observation car leur type de travail et la durée des activités permettent aux travailleurs sociaux de saisir au fur et à mesure leurs activités. Cette étude a fourni des informations sur les obstacles et les facilitateurs, surtout au niveau du soutien à offrir aux travailleurs sociaux sur des aspects de logistique (ex. : matériel informatique) et sur le déroulement de l'étude. Ces constats ont amené des améliorations pour l'étude subséquente, dont l'utilisation d'une technologie informatique plus récente.

Enfin, le troisième article rapporte les résultats de l'étude dont l'objectif était d'identifier les caractéristiques individuelles des usagers et des travailleurs sociaux ayant une influence sur le temps fourni en travail social. Pour ce faire, douze travailleurs sociaux provenant de quatre CSSS ont participé à une étude de temps et mouvements en continu par rapportage pendant 10 jours. Le tableau explicatif des catégories et des activités, le guide de l'utilisateur de l'application TEDDI et l'échelle d'appréciation de du rythme de travail sont présentés aux annexes 1, 2 et 3. Les usagers pour qui des activités directes et indirectes ont été effectuées par les travailleurs sociaux pendant ces 10 jours étaient les personnes âgées

admissibles à l'étude. Ainsi, les caractéristiques de 171 personnes âgées ont été évaluées à leur domicile par un évaluateur dûment formé. Le contenu de l'évaluation se retrouve aux annexes 4 et 5. Les caractéristiques des travailleurs sociaux et de leur offre de services ont été captées à l'aide de deux questionnaires auto-administrés (annexes 6 et 7). Les lettres d'approbation des comités éthiques ainsi que les formulaires d'information et de consentement pour l'ensemble des participants sont joints aux annexes 8 à 14. Des analyses de régression linéaire multiniveaux ont été employées pour étudier les relations entre le temps fourni et les caractéristiques des deux types de participants. Il s'agit de modèles statistiques appliqués à des données recueillies à plus d'un niveau puisqu'ici un même travailleur social (niveau 2) est responsable de plusieurs personnes âgées (niveau 1). Il est possible d'explorer les relations entre les variables d'un même niveau et entre les niveaux (Luke, 2004) tout en tenant compte des niveaux d'agrégation emboîtés, c'est-à-dire du fait qu'il n'y a pas indépendance des données à tous les niveaux (Herjean, 2006). Par exemple, les services reçus par une dyade personne âgée - proche aidant n'étaient pas indépendants des services reçus par une autre dyade suivie par le même travailleur social, puisque ces services peuvent dépendre de caractéristiques du travailleur social par exemple son âge ou son nombre d'années d'expérience.

Figure 3. Illustration de la structure multiniveaux des données



La figure 3 illustre la structure multiniveaux de nos données. Au niveau 1, on retrouve les personnes âgées et au niveau 2, les travailleurs sociaux. Aussi, comme le démontre la figure, les analyses multiniveaux n'exigent pas une structure balancée, puisque le nombre d'individus peut différer entre le niveau 1 et le niveau 2, par exemple.

4.1 Premier article de la thèse

Identifying psychosocial variables for home-care services and how to measure them.

Auteurs de l'article : Nathalie Delli-Colli, Nicole Dubuc, Réjean Hébert, Marie-France Dubois, Catherine Lestage

Statut de l'article : soumis le 17 janvier 2013 à *Home Health Care Services Quaterly.*

4.1.1 Avant-propos

Cet article présente la méthodologie et les résultats pour le premier objectif spécifique de l'étude, soit l'identification des caractéristiques et des besoins psychosociaux des personnes âgées en perte d'autonomie susceptibles d'influencer la charge de travail des travailleurs sociaux ainsi que les outils pour les mesurer. J'ai effectué la recension des écrits afin d'identifier les variables pertinentes, j'ai préparé les deux versions des questionnaires afin de procéder à la consultation d'experts de type Delphi, j'ai recruté les participants et j'ai analysé les données. J'ai également préparé la documentation nécessaire sur les instruments de mesure potentiels. Ces documents ont été utilisés pour informer et échanger avec les experts du groupe de discussion. J'ai également animé ce groupe. J'ai rédigé la première version de l'article que j'ai soumise aux coauteurs. J'ai par la suite intégré leurs commentaires et leurs corrections jusqu'à la satisfaction de tous. Finalement, j'ai soumis l'article pour publication dans une revue scientifique.

4.1.2 Autorisation d'intégration d'article écrit en collaboration à une thèse

Les copies signées sont présentées aux pages suivantes.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteure(s), co-auteur(s) de l'article intitulé : Identifying psychosocial variables for home care services and how to measure them

reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire ☐ de la thèse ☑

de l'étudiant(e) (nom) : Nathalie Delli-Colli

inscrit(e) au programme de : Sciences cliniques

de la Faculté de Médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d' exemplaires*

Signature _____ Date : 06/01/2013
Nom Nathalie Delli-Colli
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Qc) J1H 4C4

Signature _____ Date : 07/01/201
Nom Nicole Dubuc
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Signature _____ Date : 03/12/2012
Nom Réjean Hébert
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H4C4

Signature _____ Date : 05/12/2012
Nom Catherine Lestage
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

suite

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteure(s), co-auteur(s) de l'article intitulé : Identifying psychosocial variables for home care services and how to measure them

reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire ☐ de la thèse ☑

de l'étudiant(e) (nom) : NATHALIE Delli Colli

inscrit(e) au programme de Sciences cliniques

de la Faculté de Médecine et Sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d' exemplaires*

Signature [signature] Date : 15-01-13
Nom Marie-France Dubois
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Signature _____ Date : _____
Nom _____
Coordonnées _____

Signature _____ Date : _____
Nom _____
Coordonnées _____

Signature _____ Date : _____
Nom _____
Coordonnées _____

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

4.1.3 Résumé en français du premier article

Une consultation d'experts de type Delphi modifié avec la méthode RAND/UCLA a été menée afin d'identifier et sélectionner deux types de variables : 1) Les variables essentielles à l'évaluation des besoins psychosociaux des personnes âgées en perte d'autonomie et 2) les variables de l'environnement de travail qui affectent la charge de travail des travailleurs sociaux au soutien à domicile. Après deux tours de consultation, les 60 experts sont arrivés à un consensus pour 97 des 160 variables soumises. Par la suite, 10 experts ont été conviés à un groupe de discussion focalisée afin de choisir, à partir de critères précis, des instruments de mesure permettant d'évaluer ces variables dans un contexte clinique. Quatre-vingt-trois pourcent des variables sélectionnées pouvaient être mesurées par cinq instruments de mesure identifiés par ces experts.

ABSTRACT

A Delphi-type expert consultation founded on the RAND/UCLA Appropriateness method was used to select variables related to older adults and environment characteristics perceived essential in assessing psychosocial needs and that could influence the social work workload in home care services. After two rounds of consultation, the 60 experts reached a consensus on 97 variables out of the 160 considered. A focus group made up of ten experts identified tools that would allow us to measure the variables in a clinical context. Eighty-three percent of the variables selected could be measured with five instruments identified by the focus group experts.

INTRODUCTION

While most elderly people consider their health to be good, some of them have complex health situations with concurrent disabilities, chronic health issues, and social and psychological problems (Dubuc, Hébert, Desrosiers, Buteau, & Trottier, 2006; Sternberg, Schwartz, Karunananthan, Bergman, & Mark Clarfield, 2011). As a result, such individuals occasionally need the services of different professionals or assistance in carrying out activities of daily living (ADLs) or instrumental activities of daily living (IADLs) (Camirand & Fournier, 2012). It is known that the elderly prefer to receive these services at home (World Health Organization & US National Institute of Aging, 2011). In Canada, 82% of home-care clients are aged 65 or older and nearly all of them (97 %) have the support of an informal caregiver (Canadian Institute for Health Information, 2011). In Quebec, home support services (HSSs) are provided by health and social services centers (HSSCs) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). They allow functionally dependent individuals to remain in their homes or to return home rapidly after hospitalization. Quebec HSSs encompass a broad range of services: professional care and services, homemaking services for certain ADLs and IADLs, services to informal caregivers, home adaptations, and equipment loans (Ministère de la Santé et des Services

sociaux, 2010). Quebec is the Canadian province that has the highest rate of HSS users per 1000 inhabitants (Institut national de santé publique du Québec, 2010).

Over the years, Quebec's ministry of Health and Social Services has issued policies and action plans for older adults with disabilities that advocate high quality standards for services (Bergman, 2008). These standards must take into account the multiple and complex needs of older adults, be founded on evidence-based practices, and be implemented with effective and efficient interventions (Bergman, 2008). Achieving this requires consultation with various professionals. Such professionals include social workers, who are major actors in assessing and implementing interventions aimed at best meeting psychosocial needs. Social workers are well prepared to help older adults with disabilities because of their broad perspective of the range of physical, psychological, social, and environmental factors that have an effect on well-being (Egan & Kadushin, 1998). It is the reason why social workers often play a case-manager role in home support services (Somme et al., 2012; Weinerg, Williamson, Challis, & Hughes, 2003).

Achieving high quality standards requires the use of well-known assessment tools. In Quebec, since November 2001, interdisciplinary team professionals have used the multiclientele assessment tool (French acronym: OEMC) to assess the needs of older adults with disabilities (Hébert et al., 2010). The OEMC is used whenever a person receives home-care services or adult day care or is staying in a long-term care facility in order to maintain continuity of care. This tool, based on a biopsychosocial approach, includes six sections: health status, lifestyle, psychosocial situation, economic status, and physical environment. Its core component is the functional autonomy measurement system (French

acronym: SMAF), the only standardized tool used in the OEMC (Hébert, Guilbeault, Desrosiers, & Dubuc, 2001). A classification system called Iso-SMAF profiles was developed from the SMAF's 29 items. The system represents the needs of the disabled elderly and is a good predictor of nursing resources (80%) (Dubuc et al., 2006). Nevertheless, functional autonomy and medical diagnoses may be insufficient for determining resource requirements in the delivery of social-work services, which requires taking into account other variables, such as psychosocial needs (Gathercole & DeMello, 2001; Pockett, Lord, & Dennis, 2001). The OEMC does gather some information about psychosocial needs, social history, family structure, social network, social support, main caregiver and formal support system, emotional state, perception of health, sexuality, and cultural values and beliefs. This information, however, is not standardized according to precise variables. The lack of standardized measures, especially in the case of psychosocial situations, limits needs documentation and problem identification (Berkman et al., 1999; Kadushin & Egan, 2006). If their needs are overlooked, older adults and their caregivers may be deprived of some home-care and community services, and this can lead to more intensive and expensive services (Kadushin & Egan, 2006; Mackenzie, Lee, & Ross, 2004).

Knowledge of the psychological needs of clients is also required to support clinical processes as well as to improve management of human and financial resources in social services (Berkman & Maramaldi, 2001). The organizational aspects of social work and home-care services are also important considerations. For examples, lack of training on the mental health of elders, role ambiguity, and interprofessional collaboration may affect social-worker workload, namely, clinical and non-clinical work (Simons et al., 2012). In Quebec, the number of social workers required in home-care services is currently

determined arbitrarily, based solely on the number of cases; no other variables are taken into consideration. In home-care, social workers handle up to 85 cases, one fourth of which is renewed each year. The characteristics of older adults and the organizational aspects of home-care services are not taken into account, despite their considerable impact on the delivery of social-work services (Gathercole & DeMello, 2001).

To address this issues, the aims of this study were: (1) to identify the variables essential in assessing the psychosocial needs of older adults; 2) to identify other variables that could influence the social-worker's workload in home-care services; and 3) to identify the tools that would allow to measure the identified variables.

METHODOLOGY

To identify the variables, we used a Delphi-type expert consultation (Tropea, Amatya, & Brand, 2011; Uphoff et al., 2012) founded on the RAND/UCLA Appropriateness Method (Brook, 1994). Variables identified in a literature review were submitted to experts in a two-round postal Delphi survey. To identify the tools, we conducted a focus group with a second group of experts. This project was approved by the Research Ethics Committee of the Health and Social Services Centre–University Institute of Geriatrics of Sherbrooke.

Step 1: Literature review and questionnaire preparation

Several databases (Abstract in social gerontology, AgeLine, CINAHL, MEDLINE, socINDEX, Social Work Abstracts) were consulted to compile a list of variables related to psychosocial needs and social-work activities. We also consulted standardized existing

tools, the OEMC and documents from different professional social workers' associations. We derived a list of 111 variables that could be useful in assessing the psychosocial needs of older adults. The OEMC already contained 46 of them. Forty-nine additional variables recognized for their potential to influence the social workload, but not related to the assessment of psychosocial needs of older adults, were also identified. Three of these 49 were already in the OEMC. The 160 variables were included in a questionnaire in which the 111 variables related to the psychosocial needs were presented according to OEMC dimensions. The other 49 variables were placed under new meaningful dimensions such as human environment. The questionnaire was pretested by eight experts with characteristics similar to those of the social workers we recruited for the consultation. As recommended by the RAND/UCLA Appropriateness Method, each variable was presented with a short definition from the scientific or professional literature. A nine-point Likert scale was used to assess the relevance of each variable (Brook, 1994) (see figure 1 for an example of the usual presentation). The comments section at the end of the questionnaire allowed for suggesting additional variables.

Figure 1. Example of the presentation of variables in the first round questionnaire

Presence of Conflict in the Family

Not essential Essential

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Definition: The amount of openly expressed anger and conflict among family members (Moos & Moss, 2002).

Not essential: The factor is useful. It contributes to quality, but it is not necessary or indispensable in creating a portrait of the elderly's psychosocial needs.

Absolutely essential: The factor is of the utmost importance and is indispensable in creating a portrait of the elderly's psychosocial needs.

Step 2: Recruitment of experts for the Delphi method

The experts were chosen for their expertise with older adults and their credibility in the subject area (Powell, 2003). They were social work practitioners, managers, and researchers recruited from different regions of Quebec. The expected target was 60 experts. Several recruitment strategies were used, such as advertising at provincial conferences on care for the very frail elderly and e-mails sent by the Quebec professional association of social workers. Contacts were also made with key informants working in health and social-services agencies, health and social services centers, and social work schools and departments in Quebec universities. These key informants identified experts in their organizations and in other institutions in their areas who met our criteria. This varied approach to recruiting enabled us to draft a list of experts interested in participating in this project.

Step 3: First round of consultation

We sent the experts an explanatory document by fax or email with information on the research objectives, the expected task, the estimated time needed to complete the consultation, and our intended use of the results. The first 60 experts who confirmed their interest after reading this document received the following documents: (1) a letter reminding them the project's goal and instructions for completing the questionnaire; (2) two consent forms (one to return and one to keep); (3) the questionnaire containing the 160 variables; (4) a short questionnaire to gather sociodemographic information; and (5) a preaddressed, prepaid return envelope. The experts were given three weeks to respond and return their documents. A reminder letter was sent at the end of the second and the third weeks. When experts had not returned their questionnaire within the prescribed time, we followed up with a request that they either estimate how much additional time they needed to complete the questionnaire or explain their reasons for withdrawing from the study.

Step 4: Analysis of the results of the first round of consultation

As illustrated in table 1, we considered two parameters to decide whether a variable would be retained and whether there was agreement between experts: the median and the spread of responses.

Parameter 1: In the RAND/UCLA Appropriateness Method, a median of 7 is generally the cut off used to decide on the relevance or the degree to which a given variable is essential (Brook, 1994). Nonetheless, this criterion is less appropriate for single-discipline panels of experts, since they tend to assign a high value to most variables (Coulter, Adams, & Shekelle, 1995). A stricter criterion, such as a median of 8, is therefore recommended.

Hence, each element was interpreted as follows: If the median expert rating was higher than or equal to 8, the variable was judged relevant. If the median was between 3 and 8, the variable's relevance was deemed uncertain. Lastly, if the median was less than or equal to 3, the variable was considered irrelevant.

Parameter 2: The dispersion of expert ratings must be taken into consideration in order to conclude that the experts agree on the relevance of a specific variable. Comparison of the interpercentile ranges adjusted or not for symmetry was used to assess agreement or disagreement as proposed in the RAND/UCLA Appropriateness Method (Brook, 1994).

Table 1. Analysis matrix

	Dispersion of Ratings	
Overall Panel Median	IPR[1] < IPRAS[2]	IPR[1] ≥ IPRAS[2]
≥8	**essential** *agreement*	**essential** *disagreement*
>3 and <8	**uncertain** *agreement*	**uncertain** *disagreement*
≤3	**nonessential** *agreement*	**nonessential** *disagreement*

[1] IPR: Interpercentile range
[2] IPRAS: Interpercentile range adjusted for symmetry

Finally, the research team analyzed the content of the experts' written comments and suggestions of additional variables.

Step 5: Second round of consultation

In this second mailing, the experts received a letter restating project objectives and a description of their specific tasks. They also received the results of the first questionnaire as well as a second questionnaire.

The second questionnaire included the variables that were categorized as "uncertain" (median between 3 and 8) and those for which there was disagreement between the experts. Instead of asking the experts to rate the variables on a 9-point scale, we asked them to state if the variable should be added or not to the list of variables already selected. This questionnaire also contained the additional variables suggested by the experts in the open-ended section on the first questionnaire. These variables were presented as in figure 1. The participants had 2 weeks to complete this questionnaire. As with the first questionnaire, experts received reminders; arrangements were made (e.g., extensions due to illness) to accommodate the largest possible number of experts.

Step 6: Analysis of the second round of consultation

We analyzed the frequencies of the yes/no questions and retained only those variables for which 80% of the experts had judged their addition to be absolutely essential. The variables being judged for the first time were analyzed as outlined previously (see table 1).

At the end of this step, we had established a list of variables essential for the assessment of psychosocial needs or that would potentially influence workload.

Step 7: Focus group

The last step was to identify the tools for measuring the variables selected by the expert panel. Before bringing together a new group of experts, we identified potential French-language tools related to these criteria: their relevance to practice with older adults, their metrologic properties (reliability and validity), and their user-friendliness (brief training) (McDowell, 2006). We paid particular attention to tools already used within the health-care and social-service network, and those developed and validated in Quebec. A total of twelve tools were presented to the group. This group of ten experts was composed of delegates of the Ministry of Health and Social Services, researchers from the Research Centre on Aging, and some social workers and managers who took part in the preceding steps. Before the meeting, each expert received a letter explaining this step of the project and the associated tasks. They were further asked to prepare individually by reading the twelve fact sheets on each potential instrument and to reflect on measurement challenges. We also asked them to identify other potential measurement scales and ways that tools or parts of tools could be included in social workers' assessment process (Krueger & Casey, 2000). At the time of the meeting, the experts had different exchanges based on their individual preparation. At the end of the focus group, we summarized the exchanges and several tools were selected.

RESULTS

Selection of the experts for the Delphi method

The 60 recruited experts had the following characteristics: 81% were social workers, 15% were managers, and 4% were researchers. The average age of the experts was 44 years

(SD = 11.8) and the average time spent working with older adults was 11.6 years (SD = 8.4). The experts came from 14 of Quebec's 18 administrative regions.

Results of the first round of consultation

Out of the 60 experts, 53 returned their questionnaires, for a response rate of 88%. Among the 160 rated variables, the experts agreed on 92 variables judged essential and one judged nonessential. Ratings were never too widely spread (no disagreement), but 67 variables remained uncertain and had to be addressed in the second round of consultation. A content analysis of the experts' comments enabled us to formulate eight new variables that also needed to be addressed in the second questionnaire. Table 2 provides global results, while detailed results are given in appendices 1 and 2.

Table 2. Results of the first round of consultation

	Initially submitted	Retained	Not Retained	Uncertain	New
Variables related to psychosocial needs	**111**	**67** (60%)	**0** (0%)	**44** (40%)	**3**
Other variables known to influence the social worker workload	**49**	**25** (51%)	**1** (2%)	**23** (48%)	**5**
	160	**92** (57.5%)	**1** (0.7%)	**67** (41.8%)	**8**

Results of the second round of consultation

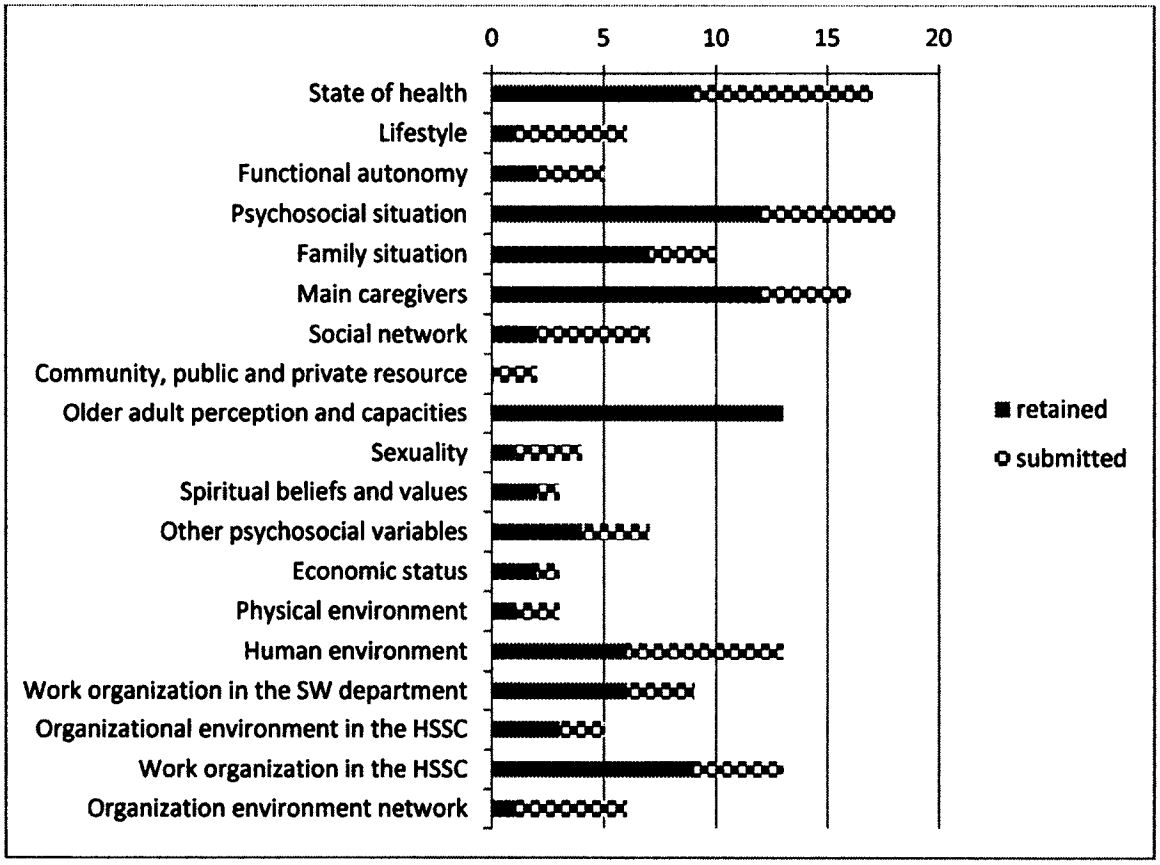
Fifty experts out of the 53 returned their second questionnaires, for a participation rate of 94%. By fixing variable retention at a threshold of 80% of experts in agreement, only four variables were added to the existing list generated during the first round. Out of the eight new variables proposed, only one met the requirement of a median equal to or greater than eight, and had sufficient agreement among experts. Table 3 summarizes the results that are detailed in appendices 1 and 2.

Table 3. Results of the second round of consultation

	Submitted	Retained	Rejected
Variables related to psychosocial needs	**47**	**5**	**42**
Other type of variables known to influence the social worker workload	**28**	**0**	**28**
	75	**5** (7%)	**70** (93%)

Therefore, the final list contained 97 variables. Seventy-one variables were rejected because they were considered "not essential" in either round 1 or 2. Figure 1 illustrates the proportion of variables retained for each dimension.

Figure 1. Number of retained variables according to dimension



Focus group

Ten experts were invited to participate to the focus group. Six of them were social workers or managers who took part in the Delphi method; the other four were two delegates of the Ministry of Health and Social Services and two researchers from the Research Centre on Aging. After the focus group meeting, the experts selected the French version of the following instruments: the Health Care Empowerment Questionnaire (Gagnon, Hébert, Dubé, & Dubois, 2006) , the Social SMAF (Pinsonnault, Desrosiers, Dubuc, Delli-Colli, & Hébert, 2009), the General Well-Being Schedule (Bravo, Gaulin, & Dubois, 1996; Dupuy, 1978), the Zarit Burden Interview (Hébert, Bravo, & Preville, 2000; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980), and the Ways of Coping Checklist (Lazarus & Folkman, 1984). We

established that 83% of the variables selected could be measured with these tools. Unfortunately, the experts were not able to reach a consensus on tools for measuring some specific variables such as family functioning, motivation of the older adult, quality of interpersonal relationships, and depression symptoms. The experts were not able to identify one or some part of a tool to takes into account the work organization within the HSSC. The research team purposively developed some questions for these specific variables.

DISCUSSION

A thorough review of the scientific and clinical literature made it possible to identify 160 variables linked to the psychosocial needs of older adults or known to influence the social-worker's workload. The consultation of experts with a modified Delphi method made it possible to identify eight additional variables and to reduce the final list to 97 essential variables. The focus group selected appropriate tools to measure the variables identified.

With respect to psychosocial variables, the experts selected 63% (72/114) of the proposed variables related to different aspects of the older adult. The categories for which the experts retained more than 60% of the variables were psychosocial situation, family situation, main caregivers, perceptions and capacities of older adults, spiritual beliefs and values, and economic condition. The experts also concluded that family support is essential as far as psychosocial variables are concerned (Gathercole & DeMello, 2001).

These results are consistent with that generally found in psychosocial assessment. Indeed, they constitute the core sections of the OEMC. On the other hand, it shows that they must

be standardized through the mandatory processing of certain types of information. For example, in the section on older adult perception and capacities, it is essential to document the elderly person's expectations, capacity for self-criticism, and perception of his or her own well-being (see appendix 1). It is worth noting that the experts did not retain many of the variables in the functional-autonomy section, despite its importance in the OEMC. Indeed, functional autonomy and health status have little impact on the interventions of social workers (Cleak, 2002; Gathercole & DeMello, 2001; Pockett et al., 2001).

The experts retained 46% of the proposed variables related to workload. The categories for which the experts retained more than 60% of the variables were work organization in the social work department, organizational environment in the HSSC, and work organization in the HSSC. Indeed, the lack of support for employees and the scant training could impact on the workload (Simons et al. 2012). Variables in the physical-environment and organizational-environment-in-the-network categories were deemed less essential or as possibly having less impact on the clinical and nonclinical work of social workers (see appendix 2). Inappropriateness of the home setting for delivering care and services is a rationale often cited in support of a change of setting (Ducharme, Couture, & Lamontagne, 2012). Given that the relocation process is complex and demands a great deal of time and investment on the part of the social worker, it is surprising that the experts retained few variables related to physical environment.

The focus-group experts were able to reach a consensus on identifying a tool or part of the tool for measuring the large majority of variables identified during the Delphi method. Nevertheless, a certain number of variables could not be matched to questions or items in

existing tools. Of course, there are tools with valuable metrological characteristics, but they were not available in French. The research team had to design questions for these variables. During the focus group, the experts discussed the advantages and disadvantages of using standardized tools. They mentioned that there were a number of advantages in using standardized tools, including obtaining a more objective and consistent profile of the elderly person, which would then facilitate comparison of users among the various HSS programs. In addition, they mentioned that this could highlight the psychosocial aspects of the assessment as well as yield greater recognition of the social worker's role within the HSS team (Cleak, 2002; Pockett et al., 2001; Simons et al., 2012). Indeed, it is possible to think that introducing more standardized items into the OEMC would enhance the assessment's precision for social workers as well as for professionals in other health-care and rehabilitation fields who also use the OEMC (Simons et al., 2012).

Study strengths and limitations

The variables were identified based on an exhaustive literature review and clinical experience. We must also emphasize that the experts suggested only eight additional variables, of which only one was retained at the end. The large number of experts, their geographic location, and the various strategies used to recruit them in our study ensures sound representation of social work stakeholders in home care in Quebec (Mead & Mosely, 2001). Opting for the Delphi method made it possible to limit social desirability bias because there was no direct interaction between the experts or between the experts and the researchers. The experts were nevertheless able to pass on their comments and suggestions in each of the rounds of consultation. The RAND/UCLA Appropriateness Method is recognized as being rigorous in determining agreement between experts by taking into

account the dispersion of their responses. In the case of the second questionnaire, 80% of the experts had to be in agreement for a variable to be retained, which is, in fact, stricter than what is generally used. The results of this study are similar to those of other studies with regard to the behaviour of the experts. It is generally recognized that panels composed of experts from the same profession tend to consider many more variables as essential and to reach a high level of consensus (Coulter et al., 1995). With respect to tool selection, the focus-group experts, including delegates of the Ministry of Health and Social Services, were quite familiar with the practice context in Quebec.

The Delphi method has certain limitations. The results are directly related to panel composition. A single discussion group, comprised mainly of practitioners, was held. A greater number of researchers would have enhanced the critique of the tools presented. During their training, social worker spend little time on metrological characteristics and tool use. Consequently, it was more difficult for them to comment and express their point of view. Moreover, the experts wanted to find a balance between introducing tools and preserving a form of assessment that could be carried out with functionally dependent individuals in a reasonable amount of time.

FUTURE STEPS

This study is part of a broader research program aiming to identify the characteristics of older adults and social workers that influence social-work time expenditure in different home-care services across the province. This study will simultaneously combine measurement of older adult's characteristics and other variables linked to workload with

time and motion studies among the social workers in these services. The variables that will predict the time spent by the social worker will be useful in a workload management system that will support decision-making in order to better meet the needs of older adults.

REFERENCES

Bergman, H. (2008). Maladie chronique et vieillissement: un défi global. *Geriatrics and Aging, 11*(10), 3.

Berkman, B., Chauncey, S., Holmes, W., Daniels, A., Bonander, E., Sampson, S., & Robinson, M. (1999). Standardized screening of elderly patients' needs for social work assessment in primary care: use of the SF-36. *Health and Social Work, 24*(10), 9-16.

Bravo, G., Gaulin, P., & Dubois, M.-F. (1996). Validation d'une échelle de bien-être général auprès d'une population francophone âgée de 50 à 75 ans. *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement, 15*(01).

Brook, R. (1994). The RAND/UCLA Appropriateness Method. In K. S. McCormick, R (Ed.), *Methodology Perspectives* (pp. 59-70). Rockville: Public Health Services.

Camirand, J., & Fournier, C. (2012). Vieillir en santé au Québec: portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010. In Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Ed.), *Zoom santé* (12 p.): Institut de la statistique du Québec.

Canadian Institute for Health Information. (2011). Health Care in Canada 2011: A Focus on Seniors and Aging. *Health Care in Canada* (162 p.).

Cleak, H. (2002). A model of social work classification in health care. *Australian Social Work, 55*(1), 38-49.

Coulter, I., Adams, A., & Shekelle, P. (1995). Impact of varying panel membership on ratings of appropriateness in consensus panels: A comparison of a multi- and single disciplinary panel. *Health Services Research, 30*(4), 577-591.

Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., & Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 42*(2), 191-206.

Ducharme, F., Couture, M., & Lamontagne, J. (2012). Decision-Making Process of Family Caregivers Regarding Placement of a Cognitively Impaired Elderly Relative. *Home Health Care Services Quarterly, 31*(3), 197-218.

Dupuy, H. (1978). *Self-representations of general psychological well-being of American adults.* Unpublished paper presented at American Public Health Association meeting,. Los Angeles.

Egan, M., & Kadushin, G. (1998). The social worker in the emerging field of home care. *Health Social Work, 24*(1), 43-55.

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.

Hébert, R., Bravo, G., & Preville, M. (2000). Reliability, validity and reference values of the Zarit's Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling demented patients. *Canadian Journal on Aging/ La Revue Canadienne du Vieillissement, 19*(4), 494-507.

Hébert, R., Guilbeault, J., Desrosiers, J., & Dubuc, N. (2001). The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): A Clinical -Based Instrument for Measuring Disabilities and Handicap in Older People. *Geriatric Today: Journal of Canadian Geriatrics Society, 4*, 141-147.

Hébert, R., Raîche, M., Dubois, M. F., Gueye, N. R., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 65B*(1), 107-118.

Institut national de santé publique du Québec. (2010). Vieillissement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée. Québec :Gouvernement du Québec.

Kadushin, G., & Egan, M. (2006). Unmet patient need in home care: Under the managed care. *Journal of Gerontological Social Work, 47*(3/4), 103-120.

Krueger, R. A., & Casey, M. (2000). *Focus Group*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Coping and adaptation* (Vol. Handbook of behavioral medecine). New York: Guilford.

Mackenzie, A. E., Lee, D. T. F., & Ross, F. M. (2004). The context, measures and outcomes of psychosocial care interventions in long-term health care for older people. *International Journal of Nursing Practice, 10*(1), 39-44.

McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires* (Third edition ed.). New York: Oxford University Press.

Mead, D., & Mosely, L. (2001). Considerations in using the Delphi approach: design, questions and answers. *Nurse Researcher, 8*(4), 24-37.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la santé et des services sociaux .Québec : Gouvernement du Québec

Moos, R. H., & Moss, B. S. (2002). *Family Environment Scale, sample set.* A social climate scale.

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.

Pockett, R., Lord, B., & Dennis, J. (2001). The development of an Australian national classification system for social work practice in health care. *Social Work Health Care, 34*(1-2), 177-193.

Simons, K., Connolly, R. P., Bonifas, R., Allen, P. D., Bailey, K., Downes, D., & Galambos, C. (2012). Psychosocial Assessment of Nursing Home Residents via MDS 3.0: Recommendations for Social Service Training, Staffing, and Roles in Interdisciplinary Care. *Journal of the American Medical Directors Association, 13*(2), 190.e199-190.e115.

Somme, D., Trouve, H., Dramé, M., Gagnon, D., Couturier, Y., & Saint-Jean, O. (2012). Analysis of case management programs for patients with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia: The Journal Of The Alzheimer's Association, 8*(5), 426-436.

Sternberg, S. A., Schwartz, A. W., Karunananthan, S., Bergman, H., & Mark Clarfield, A. (2011). The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review. *Journal of the american geriatrics society, 59*(11), 2129-2138.

Tropea, J., Amatya, B., & Brand, C. A. (2011). Use of consensus methods to select clinical indicators to assess activities to minimise functional decline among older hospitalised patients. *Australian Health Review, 35*(4), 404-411.

Uphoff, E. P., Wennekes, L., Punt, C. J., Grol, R. P., Wollersheim, H. C., Hermens, R. P., & Ottevanger, P. B. (2012). Development of generic quality indicators for patient-centered cancer care by using a RAND modified Delphi method. *Cancer Nursing, 35*(1), 29-37.

Weinerg, A., Williamson, J., Challis, D., & Hughes, J. (2003). What do care managers do?--A study of working practice in older peoples' services. *British Journal of Social Work, 33*(7), 901-919.

World Health Organization, & US National Institute of Aging. (2011). Global Health and Ageing (32 p.).

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist, 20*, 649-655.

Appendix 1 List of Variables

	First Round: Median	First Round: IPR < IPRAS = agreement	Second Round: Retained variable if agreement ≥ 80%
Category 1: Health status			
Current diagnosis and upon admission	**9**	**1 < 7.60**	
Emotional state	**9**	**1 < 7.60**	
Level of psychological distress	**9**	**0 < 8.35**	
Personal and family health history	**9**	**1 < 6.85**	
Stage of illness	**8**	**1 < 7.60**	
Prognosis for recovery	**8**	**1 < 6.10**	
Personal and family mental-health history	**8**	**1 < 7.60**	
Personality traits	**8**	**1 < 7.60**	
Modification of state	**8**	**1 < 7.60**	
Mental capacity	**7**	**1 < 6.10**	**80.4**
Stability of state	7	1 < 6.10	56.5
Management of symptoms	7	1 < 6.10	54.3
Recent and past hospitalizations	7	1 < 4.60	56.5
Comorbidity	7	1 < 6.10	43.5
Presence of specific care	7	2 < 5.35	52.2
Professional health-care services required	7	1 < 6.10	73.9
Medication	6	2.81<2.96	43.5
Category 2: Lifestyle			
Personal and leisure activities	**8**	**1 < 6.10**	
Sleep	7	1 < 4.60	52.2
Alcohol use	7	2 < 5.35	78.3
Drug use	7	2 < 5.35	67.4
Tobacco use	6	1.81 < 2.49	60.9
Nutrition	6	2.81 < 3.24	45.7
Category 3: Functional autonomy			
Mental functions	**9**	**1 < 7.60**	
Communication	**8**	**1 < 7.60**	
Activities of daily living (ADL)	7	1 < 6.10	
Mobility	7	1 < 6.10	
Instrumental activities of daily living (IADL)	7	2 < 3.85	
Category 4: Psychosocial situation			
History of social problems	**9**	**1 < 7.60**	
History of legal problems (victim)	**9**	**1 < 7.60**	
Vulnerability	**9**	**0.8 < 7.74**	
Protection of property	**9**	**0 < 8.35**	
Protection of the person	**9**	**0 < 8.35**	
Age	**8**	**1 < 5.35**	
Need for an interpreter	**8**	**1 < 7.60**	
Past life situation	**8**	**2 < 6.85**	
Change in living environment required	**8**	**1 < 7.60**	
Social hardship	**8**	**1.81 < 6.71**	
History of legal problems (offender)	**8**	**1 < 7.60**	
Relationship between the social problem and the past	**8**	**1 < 7.60**	
Civil status	**7.5**	**1.81 < 5.49**	**89.1**
Occupation	**7**	**2 < 5.35**	**84.8**
Ethnic group	**7**	**1 < 6.10**	**80.4**

	First Round: Median	First Round: IPR < IPRAS = agreement	Second Round: Retained variable if agreement ≥ 80%
Category 4: Psychosocial situation			
Level of integration, if immigrant	7	1 < 6.10	50.0
Type of residence before admission	7	1 < 6.10	67.4
Level of education	6	1<4.60	50.0
Category 5: Older adult's family situation			
Family dynamics	**9**	**1 < 7.60**	
Marital dynamics	**9**	**1 < 7.60**	
Social resources	**8.5**	**1 < 7.60**	
Satisfaction with family network	**8**	**1 < 7.60**	
Composition of family network	**8**	**1 < 7.60**	
Problems experienced by the family with respect to patient orientation	**8**	**1 < 7.60**	
Significant events in family's collective history	**8**	**1 < 7.60**	
Frequency of visits by family members	7.5	1 < 6.10	67.4
Perception of having a family network (scope)	7.5	1 < 6.10	58.7
Frequency of family interactions, from a distance	7	1 < 6.10	43.5
Category 6: Main caregiver			
Presence of significant other	**9**	**0 < 8.35**	
Number of caregivers	**8**	**1 < 6.10**	
Availability of caregivers	**8**	**1 < 7.60**	
Caregiver's personal coping strategies	**8**	**1 < 6.10**	
Caregiver's state of health	**8**	**1 < 6.10**	
Caregiver-older adult-family relationship	**8**	**1 < 7.60**	
Caregiver's stress level	**8**	**2 < 6.85**	
Description of assistance provided	**8**	**1 < 6.10**	
Caregiver's perception of role	**8**	**1 < 6.10**	
Relationship between caregiver and team member	**8**	**1.81 < 6.71**	
Caregiver's satisfaction with relationship with older adult	**8**	**1 < 6.10**	
Relationship between caregiver and formal services	**8**	**1.81 < 6.71**	
Portrait of main caregiver	7.5	1 < 6.10	41.3
Need for support and services from the formal network to fulfill caregiver role	7	1 < 6.10	65.2
Reconciliation of roles	7	1 < 6.10	50.0
Financial costs	6	1 < 4.60	30.4
Category 7: Older adult's social network			
Proximity of relationships	**8**	**1 < 6.10**	
Older adults ability to maintain a relationship	**8**	**0 < 6.85**	
Patient's satisfaction with social network during interactions	7	1 < 6.10	63.0
Perception of having a social network (scope)	7	1 < 5.35	30.4
Composition of social network	7.5	1 < 6.10	65.2
Number of visits from members of social network	7	1 < 4.60	39.1
Frequency of social interactions, from a distance	6	1 < 4.60	23.9

	First Round: Median	First Round: IPR < IPRAS = agreement	Second Round: Retained variable if agreement ≥ 80%
Category 8:Community and private resources			
Older adult's use of services	7	1 < 4.60	41.3
Past experience with services	7	1 < 4.60	34.8
Category 9: Older adult's perceptions and capacities			
Decision-making capacity	**9**	**1 < 7.60**	
Older adult's expectations	**9**	**1 < 7.60**	
Older adult's satisfaction with living environment	**9**	**1 < 7.60**	
Adjustment strategies	**8**	**1 < 7.60**	
Problem-solving capacity	**8**	**0.81 < 7.46**	
Capacity for self-criticism	**8**	**1 < 7.60**	
Level of motivation	**8**	**1 < 7.60**	
Perceived level of well-being	**8**	**1.81 < 6.99**	
Degree of change anticipated by older patient	**8**	**1 < 6.10**	
Empowerment	**8**	**1 < 6.10**	
Cooperation of the older adult and family with the team	**8**	**0 < 6.85**	
Older adult and family level of participation	**8**	**0 < 6.85**	
Older adult's satisfaction with the care and services delivered	**8**	**1.81 < 6.99**	
Category 10: Sexuality			
Inappropriate sexual behaviors	**8**	**1.81 < 6.99**	
Sexual activity or loving behavior	6	2.62 < 3.10	23.9
Sexual satisfaction	6	2 < 3.85	43.5
Frequency of sexual activity	5	2 < 2.35	2.2
Category 11: Personal values and beliefs			
Religion	**8**	**1 < 6.10**	
Culture	**8**	**1 < 6.10**	
Religious beliefs	7	3 < 4.60	28.3
Category 12: Other psychosocial variables			
Capacity to participate in end-of-life decisions	**9**	**1 < 7.60**	
Feelings about his/her end of life	**9**	**1 < 7.60**	
End-of-life arrangements	**8**	**1 < 6.10**	
Accomplishment of primary social roles	**8**	**1 < 6.10**	
Social skills	7	1 < 6.10	43.5
Older adults and family's level of knowledge	7	1 < 6.10	28.3
Educational needs	7	1.81 < 5.21	28.3
Category 13: Economic conditions			
Older adult's capacity to meet financial obligations	**8**	**1 < 7.60**	
Sources of income	7	1 < 6.10	65.2
Additional variables suggested by the experts in round 1			**Median, agreement**
Person in charge of financial management	--	--	**8 ,1 < 7.60**
Methods of payment	--	--	3, 4>3.85
Level of care (desired intensity of treatment)	--	--	6, 1.49<3.47

	First Round: Median	First Round: IPR < IPRAS = agreement	Second Round: Retained variable if agreement ≥ 80%
Category 14: Physical environment			
Safety of living environment	**8**	**1.81 < 5.49**	
Accessibility of living environment	7	2 < 5.35	39.1
Proximity of services	6	2 < 3.85	45.7
Category 15: Human Environment			
Practitioner's professional skills	**9**	**1 < 7.60**	
Practitioner's personal skills	**9**	**1 < 7.60**	
Practitioner's level of comfort with the issue	**8**	**0.81 < 7.46**	
Practitioner's job satisfaction	**8**	**0 < 6.85**	
Practitioner's identification with the living environment	**8**	**1 < 6.10**	
Practitioner's framework	**8**	**1 < 6.10**	
Practitioner's perception of the health-care network's efficacy	7	1 < 6.10	37.0
Number of years of experience with patients	7	0 < 5.35	52.2
Number of years of experience in the network	7	1 < 4.60	30.4
Practitioner's level of education	6	2 < 3.85	34.8
Number of years of experience as practitioner	6	2 < 4.60	30.4
Practitioner's age	5	2.81 < 2.96	4.3
Member of social worker association	3	4.46 <4.81	
Category 16: Organizational environment (social-work team)			
Relative weight of workload	**9**	**1 < 7.60**	
Number of site served by the social worker	**8**	**1 < 7.60**	
Balance between clinical activities and other tasks	**8**	**0.81 < 7.46**	
Presence of other psychosocial professions in the team	**8**	**1 < 6.10**	
Mandate and definition of social work in the HSSC	**8**	**1 < 7.60**	
Practitioner has a private office	**8**	**1 < 7.60**	
Number of practitioners involved	7.5	1 < 6.10	60.9
Territory served by the HSSC	7	2 < 5.35	37.0
Number of sites constituting the HSSC	6	1.81 < 3.99	30.4
Category 17:Organizational environment (HSSC)			
Program of care and services	**8**	**1 < 6.10**	
Presence of intervention plans	**8**	**1 < 7.60**	
Access to and availability of specialized services	**8**	**1 < 6.10**	
Level of technologies present	7	1 < 6.10	52.2
Justice and fairness of health care in the HSSC	7	1 < 6.10	45.7
Category 18:Work Organization in the HSSC			
Presence, composition, and effectiveness of the work of the multidisciplinary team	**9**	**1 < 7.60**	
Lack of time	**8.5**	**1 < 7.60**	
Staff turnover	**8**	**1 < 6.10**	
Lack of health-care and other staff	**8**	**1 < 7.60**	

	First Round: Median	First Round: IPR < IPRAS = agreement	Second Round: Retained variable if agreement ≥ 80%
Category 18:Work Organization in the HSSC			
Lack of training	**8**	**1.81 < 6.71**	
Access to supervision	**8**	**1 < 6.10**	
Access to consultation	**8**	**1.62 < 6.85**	
Access to managerial staff	**8**	**1 < 6.10**	
Work-group dynamics	**8**	**1 < 7.60**	
Human resources	7	1 < 6.10	23.9
Use of private agency	7	2 < 3.85	34.8
Access to and availability of support staff	7	1 < 6.10	65.2
Recruitment problems	7	1.81 < 5.49	43.5
Category 19: Organizational environment in the health-care network			
Accessibility and availability of specialized services	**8**	**1 < 6.10**	
Accessibility and availability of primary-care services	7	2 < 5.35	39.1
Ministerial policy directions	7	1 < 6.10	56.5
Justice and fairness in health care	7	2 < 5.35	37.0
Organization complexity	7	1.81 < 5.49	39.1
Accessibility and availability of community resources	6	1 < 4.60	58.7
Additional variables suggested by the experts in round 1			**Median, agreement**
Employee status : temporary contract	--	--	6, 2<3.85
Legislation	--	--	7, 2<5.35
Caseload mix	--	--	7, 2<5.35
Program management	--	--	7, 2<5.35
Volunteer	--	--	6, 2<3.85

4.2 Deuxième article de la thèse

Measuring social work activities with older people: A time and motion study.

Auteurs de l'article : Nathalie Delli-Colli, Nicole Dubuc, Réjean Hébert, Marie-France Dubois.
Statut de l'article : soumis le 15 janvier 2013 à *Practice: Social Work in action.*

4.2.1 Avant-propos

Ce deuxième article présente la méthodologie et les résultats pour le troisième objectif spécifique qui est l'élaboration d'une liste d'activités en travail social et la vérification de la faisabilité de mesurer le temps fourni par les travailleurs sociaux pour effectuer ces différentes activités. J'ai développé la liste d'activités (voir annexe 1). J'ai planifié les étapes de validation de la liste d'activités et la tâche des travailleurs sociaux ayant participé au processus. Par la suite, pour mesurer le temps fourni, j'ai coordonné l'étude de temps et mouvements en continu par rapportage avec le logiciel TEDDI et créé le guide d'utilisation (voir annexe 2). Enfin, j'ai analysé et diffusé les résultats aux participants de l'étude. J'ai rédigé la première version de l'article que j'ai soumise aux coauteurs. J'ai par la suite intégré leurs commentaires et leurs corrections jusqu'à l'obtention de leur accord. J'ai soumis l'article pour publication dans une revue scientifique.

4.2.2 Autorisation d'intégration d'article écrit en collaboration à une thèse

La copie signée est présentée à la page suivante.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteure(s), co-auteur(s) de l'article intitulé : Measuring social work activities with elder person : A time and motion study

reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire ☐ de la thèse ☑

de l'étudiant(e) (nom) : NATHALIE DELLI-COLLI

inscrit(e) au programme de : Sciences cliniques

de la Faculté de médecine et science de la santé de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d' exemplaires*

Signature [signature] Date : 06/03/2013
Nom NATHALIE DELLI-COLLI
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Signature [signature] Date : 07/01/2013
Nom NICOLE DUBUC
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Signature [signature] Date : 03/12/2012
Nom RE JEAN HEBERT
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Signature [signature] Date : 15-01-13
Nom MARIE-FRANCE DUBOIS
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

4.2.3 Résumé en français du deuxième article

Une étude pilote a été menée dans le but d'obtenir des données précises et valides sur le temps que les travailleurs sociaux consacrent à leurs différentes activités aux services de soutien à domicile (SSAD). Deux étapes ont été nécessaires pour recueillir les données. Premièrement, le développement et la validation d'une liste d'activités en travail social ont été réalisés. La liste finale inclut 75 activités regroupées dans quatre grandes catégories : les activités directes et indirectes, les activités non cliniques et le temps personnel. Elle a été programmée dans le logiciel Temps Et Déplacements Des Intervenants (TEDDI), un logiciel permettant d'effectuer des études de temps et mouvements en continu par rapportage. Deuxièmement, huit travailleurs sociaux ont utilisé TEDDI pendant douze jours. Ainsi, 2632 activités et 94 jours de travail ont été analysés. Les travailleurs sociaux utilisent 68 % du temps total aux activités directes (19 %) et indirectes (49 %). Ils utilisent 16 % du temps total pour les activités non cliniques et un autre 16 % en temps personnel. Les travailleurs sociaux consacrent 14,3 % de leur temps aux personnes âgées et 4,5 % à leur famille. Il a été observé que 14,2 % du temps est consacré à la rédaction de la note évolutive, ce qui en fait l'activité qui consomme le plus de temps. Cette étude a permis de documenter la nature des tâches effectuées ainsi que le temps utilisé pour les accomplir.

ABSTRACT

The aim of this pilot study was to obtain accurate and valid data on how much time social workers spend on their different activities in the home-care program. Data collection required two steps. First, a list of social-work activities was developed and validated. The final list consisted of 75 activities in four main categories: direct activities, indirect activities, non-clinical activities, and personal time. The list was programmed in TEDDI (French acronym for clinician time and motion), a software running on a handheld computer to carry out continuous time and motion through self-reporting. Secondly, eight social workers used TEDDI for 12 days: 2632 activities and 94 working days were analyzed. Analysis revealed that 68% of the total time was allocated to direct (19%) and indirect activities (49%), 16% to non-clinical activities, and 16% to personal time. The social workers spent 14.3% of their time with the older person and 4.5% with the older person' families; 14.2% of social-worker time was allocated to record keeping, which was the most time-consuming activity. This study documented the nature of tasks carried out as well as the time used to perform them.

INTRODUCTION

The growing number of older people who need home-care services has an impact on the demand for social-work services delivered by Health and Social Services Centres (HSSCs)[1] in the province of Quebec, Canada (Stephensen et al. 2000). This situation inevitably results in certain problems. Based on some administrative data, social workers from the home-care program are blamed for not seeing enough older people and not performing enough interventions with them, resulting in a waiting list for psychosocial services. Social workers react by saying that they do not have enough time to see the users since they must spend a lot of time on documentation and performing administrative tasks. It is well known that the larger the caseload, the longer it takes to gather information in the users' records at the expense of direct interventions (Sulman, Savage, and Way 2001; McCormick, Engelberg, and Curtis 2007; King, Meadows, and Le Bas 2004; Stevens 2008). Managers

[1] In Quebec, Canada, the HSSC is the local health and social authority, a multivocational institution operating a local community service centre, a residential and long-term care centre, and a general hospital centre. Health and social services come under the direction of the same department in a public, universal, and free health-care system.

have tried over the years to find solutions by increasing the number of social workers or support staff, by adapting tasks, and by simplifying administrative processes. These measures, however, have not yielded the desired results, and managers have mentioned that they have very few indicators or tools to adequately manage social workers' workloads (Baginsky et al. 2010). Data collected in information systems used in HSSCs have several limitations. Categories of direct and indirect activities are incomplete, poorly defined, and do not adequately represent the actual practice of social workers. Time estimations are not accurate because social workers complete these statistics retrospectively, some at the end of the day or even a few days after the intervention. Non-clinical activities and overtime are not compiled. An objective, complete measure of the work done by social workers is therefore necessary in order to obtain data reflecting service delivery and the effectiveness of the work processes. The objective of this study was to investigate the possibility of obtaining complete, precise data about the type of activities performed by home-care social workers and the time spent to perform them.

BACKGROUND

How Social Workers Spend Their Time

Home-care social workers generally spend their time performing direct, indirect, non-clinical, and personal activities. Direct activities are performed directly with an older person or his/her family caregiver, such as a psychosocial assessment at the person's home or a telephone follow-up with the family caregiver. Discussing the older person's situation with another member of the home-care team, verifying the person's eligibility for a service, and documentation of cases are examples of indirect activities. They are useful in achieving

the intervention plan's objectives but are not performed directly with the older person or caregiver. Non-clinical activities include administrative tasks and professional development. Lastly, personal activities such as lunch and breaks are also part of a working day. Some studies report measures of the frequency of activities in social work or the time provided to achieve them (Grube and Chernesky 2001; Michalski, Creighton, and Jackson 1999; Weinerg et al. 2003). Care must, however, be exercised with comparisons for methodological and contextual reasons (Stevens 2008; Burke et al. 2000). On one hand, there are differences in the definitions of the categories of activities and the methods used to measure the time provided. On the other hand, studies were conducted with different client groups, in various countries, and with social workers holding different positions such as case or care managers (Weinerg et al. 2003). It is still relevant to refer to these studies to observe patterns regarding the use of time. Indeed, case managers share, with social workers, common functions such as assessment, planning, and advocacy (Weinerg et al. 2003).

Certain studies conducted with adults and older people with different physical-health problems, receiving services in hospitals or living in the community, showed that social workers spend between 64% and 80% of their total time on direct and indirect activities (Weinerg et al. 2003; Abramowitz, Obten, and Cohen 1998; Michalski, Creighton, and Jackson 1999). Time spent on indirect activities is generally higher than direct contact with the user (Grube and Chernesky 2001; Weinerg et al. 2003).

Time Measurement

There are different methods for measuring workload, which is seen as difficult and complex, particularly among social workers (Orme 1995). Studies conducted with social workers have mostly involved diaries (Weinerg et al. 2003; Fein and Saff 1991; Michalski, Creighton, and Jackson 1999; Björkman and Hansson 2000; Jacobs et al. 2006). This method has the merit of being simple and requiring little material and training time. At the end of a busy day, however, the accuracy of a posteriori recorded data may be affected by memory biases. Moreover, diaries fail to represent all activities, especially the shortest activities, which are rarely reported (Weinerg et al. 2003; von Abendorff, Challis, and Netten 1994; Jacobs et al. 2006).

Another method, chosen by Abramowitz, Obten, and Cohen (1998a; 1998b), is work sampling. With this method, social workers must record their activities at regular intervals, for example, every 15 minutes, or randomly during the day (Abramowitz, Obten, and Cohen 1998). This makes it impossible to determine the total time needed to perform an activity. It also requires extensive observation to generate estimates for specific periods of time (Burke et al. 2000). Data are generally collected over one to two weeks to minimize the effects of fatigue and the withdrawal of participants (Abramowitz, Obten, and Cohen 1998; Weinerg et al. 2003; Jacobs et al. 2006).

Finally, there is the continuous-time-and-motion method, which measures activities carried out without interruption, therefore offering the best time estimations (Burke et al. 2000; Ozcan 2005). The type of activity and the time provided to perform it can be reported by the social worker or collected by an observer. In both cases, the effect of being scrutinized

decreases with time (Dubuc et al. 2002). While observation remains the most objective way, it may be costly. The most recent continuous-time-and-motion studies therefore favour self-reporting and use a computer application in order to increase data accuracy and ensure data integrity (Westbrook and Ampt 2009; Desjardins et al. 2008). Continuous time and motion by self-reporting was therefore chosen for this study. Since, to our knowledge, this method has never been used with social workers, we explored its feasibility by conducting a pilot study.

METHODS

Research Setting

The study was conducted over five months in a home-care program in a HSSC in an urban setting in the province of Quebec, Canada. Social workers at this HSSC are part of interdisciplinary teams providing home care to older people and family caregivers through a variety of services. The team assesses the overall needs of older people, provides information and guides them to the appropriate services or resources. At the time of the study, the average caseload per social worker was 45.

Participants

Social workers from the home-care program were invited to participate on a voluntary basis. The research team presented the study's objectives and procedures to the social workers, the managers, and a human-resources representative. The latter was involved to ensure follow-up with the social workers' union. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Health and Social Services Centre – University Institute of

Geriatrics of Sherbrooke. All the participating social workers signed a consent form. Individual data remained confidential.

Social Work Activities

For the purpose of the study, the research team first developed and validated a detailed list of the activities performed by social workers. A preliminary list was developed from a literature review, complemented by the team's clinical experience. The list was structured according to four major categories: (1) Direct activities are performed with the older person or their family, either in-person or by telephone; 2) Indirect activities are not performed directly with the older person or their family but are needed to complete an assessment or intervention; 3) Non-clinical activities are not related to the caseload but necessary for operational reasons and professional development; and 4) Personal time includes coffee breaks and meals. A total of 77 activities were identified and defined in this preliminary list. As recommended by Niebel and Freivalds (2003), the activities were as fine as possible but not too small to compromise their accuracy (Niebel and Freivalds 2003).

The preliminary list was then validated through a study of the actual day-to-day activities. Six social workers collected, over a period of two days, all the activities they performed regardless of duration. Overall, 309 activities were recorded and divided into two subsamples (A1 = 155 and A2 = 154). Three senior social workers classified activities from A1 subsamples in the preliminary list, reaching an interrater agreement of 84%. Some activities were removed or modified. The A2 subsample was used to categorize the activities in this new list with an interrater agreement between social workers of 92%. The level of agreement was excellent, although it was lower with a single subcategory of

activities, specifically, the one related to service organization. A third subsample of 155 activities was randomly generated from the 309 activities. This final classification by the social workers made it possible to achieve an interrater agreement of 96%. According to Miles & Huberman, 90% agreement means that the classification is reliable (Miles and Huberman 1994). Table 1 shows the subcategories of the final list, which includes 75 activities in 11 subcategories.

Table 1 : Final list of activities

Main Area	Subcategory	Number of Activities
Direct activities	Psychosocial intervention with the older person	9
	Psychosocial intervention with the family	11
	Psychosocial intervention with the group	1
Indirect activities	Liaison with the team member and other professionals	11
	Documentation	10
	Meetings	3
	Linkage with new services	3
	Travel	5
Non-clinical activities	Administrative work	8
	Professional development	10
Personal time	Lunch/breaks	4

Instrument

Since the data-collection method selected for this assessment was a continuous-time-and-motion by self-reporting, the social-work activities list was incorporated into TEDDI (French acronym for clinician time and motion), a software application running on a handheld computer (Palm III). This software, first developed to perform time-and-motion studies in the field of nursing, was adapted for the purpose of this study.

Procedure

The day before the beginning of data collection, the social workers were asked to attend a two-hour training session to familiarize themselves with the list of activities and the use of the handheld computer. Social workers then used TEDDI for a maximum period of 12 working days in order to obtain complete data for 11 days per social worker. The first day was excluded to allow participant familiarization with the tool, since this period is generally associated with missing data. (Niebel and Freivalds 2003). The social workers also used a diary to keep track of difficulties, errors, and omissions. They were met with at the end of the first day to hear their comments. The social workers reported that familiarization with the handheld computer took half a day. Throughout the data-collection period, a research assistant met with the social workers on a regular basis to synchronize the data from the handheld computers with laptops.

Data Analysis

The diaries were first examined in order to correct errors and add documented omissions in TEDDI. Unaccounted-for seconds between the time the social worker finished an activity and started another one were distributed equally between all the activities performed in a day. The frequencies of absolute number and percentages were used to show how often each activity was performed. Means and standard deviations were calculated to determine the average time per activity. Results are also shown in percentages in order to illustrate the different time proportions spent on direct, indirect, and non-clinical activities, personal time, and the 11 subcategories.

RESULTS

Sample Characteristics

Eight out of ten social workers from the home-care program participated in the study, specifically seven women and one man; the average age was 36.5 years (standard deviation of 10.3). All the participants held a bachelor's degree in social work. They had an average of 9.5 years of experience in social work, 5.5 years with persons with loss of autonomy and 4.7 years in the home-care program.

Time-and-Motion Study

Data was collected for a total of 93.5 days and 2632 activities. Figure 1 provides the time distribution between the four major categories. Time spent on either direct or indirect activities accounted for 67.6% of the total time.

Figure 1: Time distribution between the four major categories of homecare social work activities

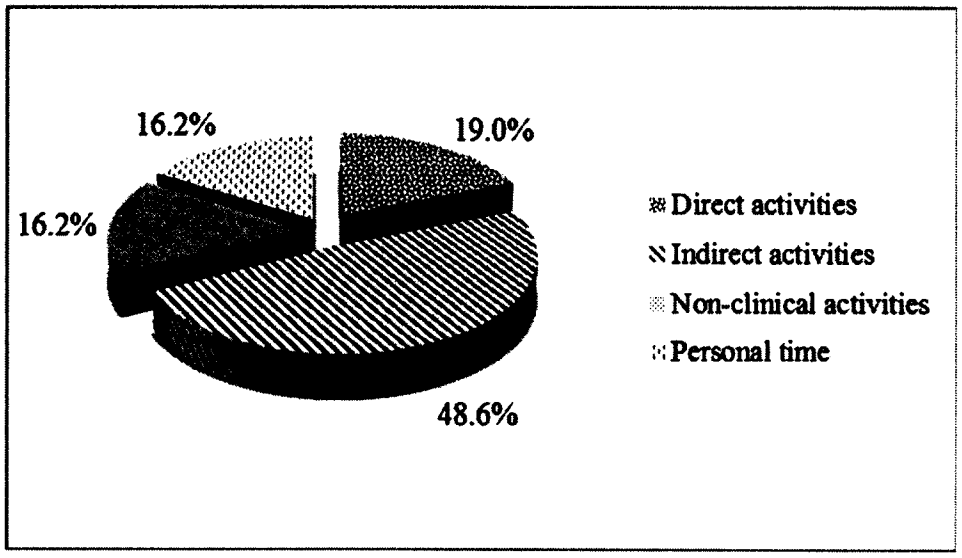


Table 2 shows the frequency of activities and the time spent to perform them by subcategories. These results are also reported for a typical 8-hour day of work.

Table 2: Frequency and total number of hours spent by subcategory in the home-care program

Main Area	Subcategory	Frequency (%)	Total Hours (%)	Duration in Minutes in a Typical Day
Direct activities	1. Psychosocial intervention with the older person	255 (9.7)	106.7 (14.3)	68
	2. Psychosocial intervention with the family or significant other	90 (3.4)	33.9 (4.5)	24
	3. Psychosocial intervention with the group	3 (0.1)	1.7 (0.2)	-
Indirect activities	4. Liaison with the team member and other professionals	580 (22.0)	106.1 (14.2)	68
	5. Documentation	612 (23.3)	187.2 (25.0)	120
	6. Meetings	21 (0.8)	16.7 (2.2)	11
	7. Linkage with new services	27 (1.0)	4.9 (0.7)	3
	8. Travel	174 (6.6)	48,8 (6.5)	31
Non-clinical activities	9. Administrative task	529 (20.1)	72.4 (9.7)	46
	10. Professional development, education, leadership	77 (2.9)	48.6 (6.5)	31
Personal time	11. Lunch/breaks	264 (100)	121.5 (16.2)	77
	Total	2632	748.3	480

Regarding direct activities, 14.3% of the total time was spent with the older person. The activity *Psychosocial follow-up with the older person on the phone* was most often identified by social workers and lasted an average duration of 11 minutes, 33 seconds.

Face-to-face psychosocial follow-ups represented the least performed activity (48 times in 93.5 days) but took more time (64 minutes on average), thus accounting for 6.9% of the total time compared to 3.1% for follow-ups performed on the phone. Moreover, 4.5% of the time was spent with the family or a significant other, especially with psychosocial follow-ups over the phone that lasted on average 14 minutes, 40 seconds. Psychosocial assessments with the older person or with a member of the family accounted for 2.5% of the total time.

The social workers spent almost half of their time on indirect activities. A quarter of the time was dedicated to activities such as *documentation* for a total of 612 occurrences. The most reported documentation activity (323 occurrences) was case recording, taking on average 19 minutes, 48 seconds or 14.2% of the total time. The social workers spent 3.4% of their total time on recording consultation. For the subcategories related to liaison with team members or other professionals, a total of 363 discussions with team members or colleagues from the HSSC were performed over the phone or in person, representing 8.6% of the total time. Phone calls lasted on average 8 minutes, 44 seconds, while face-to-face interactions took a little longer (12 minutes, 49 seconds). Communications with professionals from other HSSCs accounted for 2% of the total time. Moreover, 6.5% of the total time was used for travelling, especially to visit the older persons at home. The travelling activity lasted on average 16 minutes, 56 seconds in this urban setting.

Concerning non-clinical activities, administrative tasks accounted for 21% of accomplished activities and almost 10% of the total hours. In this subcategory, taking messages from voice mail and email (233 and 124 occurrences, respectively) were performed on a regular basis and lasted between 5 minutes, 48 seconds and 8 minutes, 20 seconds or 5.3% of the

total time. As for professional development, peer support was observed 40 times and lasted on average 10 minutes. During the study, the eight social workers received two continuing-education sessions that took almost 4% of their total time. Participation in this research project consumed 0.2% of the total time.

Finally, with regards to personal time, social workers have the right to take a 60-minute lunch time and two 15-minute breaks each day, corresponding to 18.75% of their attendance hours. The results showed that the social workers from the home-care program used 16.8% of total time for personal time.

DISCUSSION

This study showed that it is possible to obtain complete, precise data on how social workers spend their time with a continuous-time-and-motion study by self-reporting. To mitigate the possible perceived monitoring effect, social workers were first met with in groups and then individually in order to explain the study's objectives and inform them that the study was not intended to judge their use of time (Fein and Saff 1991). They were also ensured that personal information would not be disclosed to their manager. The analysis of the diaries and the unaccounted-for time indicates that the social workers did not voluntarily omit certain types of activities. As anticipated, the first day of data collection had to be removed from the analyses because of missing data and lack of technical experience of some participants. We must also acknowledge the method's measurement effect, since some social workers changed their behaviour during the course of the study. By selecting one by one the activities they accomplished, some of them realized that their use of time

was not optimal and they were not saving enough time for certain activities such as documentation as mentioned by Staniforth and Larkin (2006).

Our results reveal that the social workers spent half of their time in indirect activities, mostly documentation, especially case recording, which was the most time-consuming activity. Interventions with the older person or a family member were performed less often and accounted for 19% of the total time. Non-clinical activities were performed more frequently than direct activities but took generally less time. The study also supports a well-known fact that social workers don't use the allowed time for lunch and break time.

The sum of direct and indirect activities gives information on the time spent on users. In this study, the social workers devoted 68% of their time to case-related activities. These results are similar to those reported in other studies (Abramowitz, Obten, and Cohen 1998; Weinerg et al. 2003). For the social workers, the average time combined to the frequency of each activity sheds additional light on the workload issue (Ozcan 2005).

Direct Activities

In the home-care program, the social workers used only 2.5% of their time on assessment with the older person or the family. This may be explained by the fact that the social workers became involved in the older person's situation after another professional from the assessment team had performed a global assessment. It is also important to note that the average time dedicated to this activity over 11 days was 52 minutes for the entire caseload. The psychosocial assessment in the presence of the older person or the family can be performed over several visits (Berkman et al. 2002). Because of this study's cross-sectional

nature, it was impossible to record the average total time devoted to the complete assessment of a particular case.

Our study focused on social workers responsible for long-term home-support follow-up. The management of occurring problems and the support to older persons and their close caregivers result in activities such as psychosocial follow-ups, among other service requests. Psychosocial follow-ups were performed three times more often with users than with close caregivers. A similar result was also observed with social-work care managers (Weinerg et al. 2003). More time is allocated to users primarily interested in staying at home as long as possible, despite their disabilities (Healy 1998; Healy 2003). This good practice is worth mentioning because older persons with a loss of autonomy are too often left out of the decisions that concern them (Enguidanos, Davis, and Katz 2005). The *live-at-home-as-long-as-possible* project is achievable because of the support of several resources, notably the family, as well as public, private, and community services (Sulman, Savage, and Way 2001). The psychosocial follow-up offered to the families of the older person living at home represented less than 5% of the social workers' total time of the home-care program. It is relevant to question whether this is sufficient to support families with their various needs (Preyde, Macaulay, and Dingwall 2009).

Indirect Activities

Throughout this study, the social workers discussed the planning of care and services with other team members or colleagues from other organizations. The proportion of time allocated to specific activities within this subcategory shows a preference for oral communication (Sheridan 1988; Preyde, Macaulay, and Dingwall 2009). The oral tradition

seems to prevail over writing an intervention plan when the time comes to discuss the options for an older person (Cheevakasemsook et al. 2006). It would be relevant, however to find out if this activity is efficient and avoids task duplication, such as repeating the same information to several professionals on different occasions. Incidentally, during the study, none of the participants wrote an intervention plan.

We must not ignore that the activity of case recording was most performed and the most time-consuming. The time spent on case recording does not necessarily ensure quality. Actually, there is little time spent on professional support and particularly on note content, even if their impact on the continuity and quality of service has been demonstrated (Judd and Sheffield 2010; Simons and Jankowski 2008). As paradoxical as it may seem, the main reported obstacle to quality case recording is lack of time. This time-consuming task is not necessarily appreciated by social workers. As a matter of fact, it is often the last item on their task to-do list (Reamer 2005). Some managers are concerned about enhancing the quality of the documentation process and making it less time consuming (Staniforth and Larkin 2006). Actions meant to enhance quality and efficiency focus as much on the content as on the form, such as simplified note taking with standardized sections (drop-down menus), training on case-recording standards, development of synthesis abilities, and tools for time management and clerical support (Staniforth and Larkin 2006; Cheevakasemsook et al. 2006; Reamer 2005)

Using a computerized clinical-information system does not necessarily reduce the case-recording time, as in home-care services (Mador and Shaw 2009). System slowness during the study partly explains the time spent on computerized note taking (Morin et al. 2007).

After this study was completed, the computerized clinical chart was made available on a Web-based platform, and efforts are being made to improve the content and form of the case-recording process.

Limitations

This study documents the feasibility of measuring social-work activities and the type of data that can be gathered. The actual means and proportion of time we report are based on a single organization, which potentially limits generalization. The comparison with other studies was difficult because of the lack of continuous-time-and-motion studies in the field of social work.

Certain elements affecting time were not taken into consideration. First of all, the social workers mentioned that they are often interrupted. For example, while writing a note in an older person's record, they might receive a phone call from a physician to discuss another older person's situation. These elements can impact the time needed to perform a task. In fact, Wesbrook et al. (2010) estimated that interrupted tasks were performed in a shorter period of time when repeated. Second, it was difficult to consider tasks performed simultaneously (e.g., writing a note while discussing a case with a colleague), which are quite significant in certain care settings (Westbrook et al. 2010). In our study, the social workers reported this situation occurred at least once a day.

Implication for Practice

These results were presented to managers and social workers of the home-care program in the participating HSSC. They confirmed certain impressions and revealed other realities.

The data gathered helped them target areas for improvement. First, the time allocated to documentation, notably to case recording, was discussed, and an action plan including training and individual supervision was initiated. Moreover, a form for case recording with standardized sections was developed. In light of the results concerning the liaison with team members that indicated more than 300 case discussions, the social workers from the home-care program suggested the introduction of formal meetings to discuss older persons' situations in order to promote information sharing and better cooperation between all team members.

CONCLUSION

Time-and-motion studies are useful in describing the work of social workers and offering the opportunity to discuss work processes. The use of a handheld computer greatly facilitates the conduct of such field studies and eliminates the problems related to transcripts and centralization of observations. Although this study was designed to meet the specific needs of an institution, it represents a model that can be used by other social-work departments to support their decision-making process.

REFERENCES

Abramowitz, S, N Obten, and H Cohen. 1998. "Measuring HIV/AIDS case management." *Social work in health care* no. 27 (3):1-27.

Baginsky, M., J. Moriarty, J. Manthorpe, M. Stevens, T. MacInnes, and T. Nagendran. 2010. Social Workers' Workload Survey. Messages fron the Frontline. Findings from the 2009 Survey and Interviewswith Senior Managers. The Social Work Task Force: Secretaries of State for Health, and Children, Schools and Families,.

Berkman, B, P Maramaldi, E Breon, and J Howe. 2002. "Social Work Gerontological Assessment Revisited." *Journal of Gerontological social work* no. 40 (1/2):1-14.

Björkman, T., and L. Hansson. 2000. "What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome." *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* no. 35 (1):43.

Burke, T.A., J.R. McKee, H.C Wilson, R.M.J. Donahue, A.S. Batenhorst, and D.S. Pathak. 2000. "A Comparison of time-and-motion and self-reporting methods of work measurement." *Journal of Nursing Administration* no. 30 (3):118-125.

Cheevakasemsook, A., Y. Chapman, K. Francis, and C. Davies. 2006. "The study of nursing documentation complexities." *International Journal of Nursing Practice* no. 12 (6):366-374.

Desjardins, F., L. Cardinal, E. Belzile, and J. McCusker. 2008. "Reorganizing nursing work on surgical units: A time and motion study." *Nursing Leadership* no. 21 (3):26-38.

Dubuc, N., P. Boissy, M. Bourque, J. Potvin, M. buteau, and M. Berthiaume. 2002. TEDDI: un outil informatisé d'aide à la décision pour la réorganisation des soins infirmiers en centre d'hébergement et de soins de longue durée. In *Actes des 9ième journée Journées Franconphones d'informatiques Médicale*. Québec.

Enguidanos, S.M., C. Davis, and L. Katz. 2005. "Shifting the paradigm in geriatric care management: moving from the medical model to patient-centered care." *Social Work in Health Care* no. 41 (1):1-16.

Fein, E, and I Saff. 1991. "Measuring the use of time." *Administration in Social Work* no. 15 (4):81-93.

Grube, B., and R. H. Chernesky. 2001. "HIV/AIDS case management tasks and activities: the results of a functional analysis study." *Social Work in Health Care* no. 32 (3):41-63.

Healy, T. C. 2003. "Ethical and decision making: Pressure and Uncertainty as Complicating Factors." *Health & Social Work* no. 28 (4):293-301.

Healy, T.C. 1998. "The complexity of everyday ethics in home health care: An analysis of social workers' decisions regarding frail elders' autonomy." *Social Work in Health Care* no. 27 (4):19-37.

Jacobs, S, J Hugues, D Chalis, K Stewart, and K Weiner. 2006. "Care Managers' time use: difference between community mental health and older people's services in the United Kingdom." *Care Management Journals* no. 7 (4):169-178.

Judd, Rebecca G., and Sherry Sheffield. 2010. "Hospital Social Work: Contemporary Roles and Professional Activities." *Social Work in Health Care* no. 49 (9):856-871.

King, R., G. Meadows, and J. Le Bas. 2004. "Compiling a caseload index for mental health case management." *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* no. 38 (6):455-462.

Mador, Rebecca L., and Nicola T. Shaw. 2009. "The impact of a Critical Care Information System (CCIS) on time spent charting and in direct patient care by staff in the ICU: A review of the literature." *International Journal of Medical Informatics* no. 78 (7):435-445.

McCormick, A.J., R. Engelberg, and J.R. Curtis. 2007. "Social workers in palliative care: Assessing activites and barriers in the intensive care unit." *Journal of Palliative Social Work* no. 10 (4):929-937.

Michalski, J. H., E. Creighton, and L. Jackson. 1999. "The impact of hospital restructuring on social work services: a case study of a large, university-affiliated hospital in Canada." *Social Work in Health Care* no. 30 (20):1-25.

Miles, M.B., and A.M. Huberman. 1994. *Qualitative data analysis*. Beverly Hills: Sage Publications.

Morin, D., A. Tourigny, L. Robichaud, D. Pelletier, L. Bonin, A. Vézina, L. Mathieu, and M. Buteau. 2007. "Evaluation of an information system within an integrated services network for frail seniors: Its use and user perception of usefulness and impact." In *Integration of services for disabled people: Research leading to action*, edited by R. Hébert, A. Tourigny and M. Raîche, 305-318. St-Hyacinthe: Edisem.

Niebel, B.W., and A. Freivalds. 2003. "Time study." In *Methods, Standards and work design*, edited by B.W. Niebel and A. Freivalds. New York: McGraw-Hill Higher Education.

Orme, J. 1995. *Workload: Measurement and Management*. Edited by Robin Lovelock. Aldershot: Avebury.

Ozcan, Y.A. 2005. "Reengineering." In *Quantitative method in health care: techniques and applications*. San Francisco: Jossey- Bass.

Preyde, M., C. Macaulay, and T. Dingwall. 2009. "Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis." *Journal of Evidence-Based Social Work* no. 6 (2):198-216.

Reamer, F.G. 2005. "Documentation in social work: Evolving ethical and risk-management standards." *Social Work* no. 50 (4):325-334.

Sheridan, M.S. 1988. "Time management in health care social work." *Social Work in Health Care* no. 13 (3):91-99.

Simons, K., and T.B. Jankowski. 2008. "Factors influencing nursing home social workers' intentions to quit employment." *Administration in social work* no. 32 (1):5-21.

Staniforth, Barbara, and Richard Larkin. 2006. "Documentation in social work: Remembering our ABCs." *Social Work Review* no. 18 (3):13-20.

Stephensen, M., G. Rondeau, J-C Michaud, and S. Fiddler. 2000. In critical demand: Social work in Canada. In *The social work sector study steering commitee*. Ottawa: Canadian Association of Social Workers.

Stevens, M. 2008. "Workload Management in Social Work Services: What, Why and How?" *Practice : Social Work in Action* no. 20 (4):207-221.

Sulman, J, D Savage, and S Way. 2001. "Retooling Social Work pratice for high volume, short stay." *Social Work health and mental health* no. 34 (3/4):315-332.

von Abendorff, Richard, David Challis, and Ann Netten. 1994. "Staff activity patterns in a community mental halth team for older people " *International Journal of Geriatric Psychiatry* no. 9 (11):897-906.

Weinerg, A., J. Williamson, D. Challis, and J. Hughes. 2003. "What do care managers do?--A study of working practice in older peoples' services." *British Journal of Social Work* no. 33 (7):901-919.

Westbrook, J.I, and Amanda Ampt. 2009. "Design, application and testing of the work observation method by activity timing (WOMBAT) to measure clinicians' patterns of work and communication." *International Journal of Medical Informatics* no. 78S (suppl.1):S25-S33.

Westbrook, J.I, E. Coiera, W.T.M. Dunsmuir, B.M. Brown, N. Kelk, R. Paoloni, and C. Tran. 2010. "The impact of interruptions on clinical task completion." *Quality & Safety in Health Care* no. 19 (4):284-289.

4.3 Troisième article de la thèse

Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux influençant la charge de travail au soutien à domicile.

Auteurs de l'article : Nathalie Delli-Colli, Marie-France Dubois, Nicole Dubuc, Réjean Hébert, Lise Trottier.
Statut de l'article : soumis le 11 janvier 2013 à la revue Intervention.

4.3.1 Avant-propos

Cet article présente la méthodologie et les résultats du deuxième, quatrième et cinquième objectifs spécifiques permettant l'atteinte de l'objectif principal. Ceux-ci sont de décrire les caractéristiques individuelles des personnes âgées et des travailleurs sociaux de même que l'environnement dans différents CSSS du Québec (SSAD); estimer le temps fourni par activité des travailleurs sociaux exerçant dans les SSAD de différents CSSS et étudier l'association entre les différentes caractéristiques étudiées et le temps total fourni. En ce qui concerne le travail sous-jacent à ces objectifs spécifiques, j'ai recruté les CSSS et les travailleurs sociaux, formé les travailleurs sociaux à l'utilisation de TEDDI, formé l'équipe d'intervieweurs pour l'évaluation des caractéristiques des personnes âgées, assuré le bon déroulement de la collecte des données et procédé aux différentes étapes d'analyse avec l'aide d'une statisticienne. J'ai rédigé la première version de l'article et j'ai ensuite considéré les commentaires et les corrections jusqu'à la satisfaction de tous. J'ai soumis l'article à la revue scientifique retenue.

4.3.2 Autorisation d'intégration d'article écrit en collaboration à une thèse

Les copies signées sont présentées aux pages suivantes.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteure(s), co-auteur(s) de l'article intitulé : Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux influençant la charge de travail aux soins à domicile

reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire ☐ de la thèse ☑

de l'étudiant(e) (nom) : Nathalie Delli-Colli

inscrit(e) au programme de Sciences cliniques

de la Faculté de Médecine et sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d' exemplaires*

Signature _____ Date : 06/01/2013
Nom Nathalie Delli-Colli
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Signature _____ Date : 15-01-13
Nom Marie-France Dubois
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Signature _____ Date : 07/01/2013
Nom Nicole Dubuc
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Signature _____ Date : 03/12/2012
Nom Re Jean Hébert
Coordonnées 1036 Belvedère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

Suite

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteure(s), co-auteur(s) de l'article intitulé : Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux influençant la charge de travail au soutien à domicile

reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire ☐ de la thèse ☑

de l'étudiant(e) (nom) : Nathalie Delli Colli

inscrit(e) au programme de Sciences cliniques

de la Faculté de Médecine et sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d' exemplaires*

Signature [signature] Date : 6 décembre 2012
Nom Lise Trottier
Coordonnées 1036 Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Signature _____ Date : _____
Nom _____
Coordonnées _____

Signature _____ Date : _____
Nom _____
Coordonnées _____

Signature _____ Date : _____
Nom _____
Coordonnées _____

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

4.3.3 Résumé du troisième article

La compréhension de la charge de travail des travailleurs sociaux dans les services de soutien à domicile (SSAD) pour aînés du Québec est limitée par l'insuffisance de données probantes sur les activités effectuées par ces professionnels et sur les caractéristiques des aînés qui reçoivent ces services. L'objectif de cette étude est d'identifier les caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent le temps consacré par les travailleurs sociaux à effectuer leurs activités. Un questionnaire standardisé a été utilisé pour décrire les caractéristiques des aînés et des travailleurs sociaux. Le temps fourni par activité fut mesuré par une étude de temps et mouvements en continu par rapportage. L'association entre les différentes caractéristiques évaluées et le temps fourni fut étudiée avec des modèles de régression multiniveaux. Douze travailleurs sociaux de quatre CSSS, âgés en moyenne de 36 ans et avec huit années d'expérience ont participé à l'étude. Un nombre de 171 aînés âgés de 81 ans en moyenne dont 59 % de femmes composaient l'échantillon. L'étude de temps et mouvements a permis d'analyser 958 heures de travail. Le nombre de problèmes de santé, une hospitalisation et avoir vécu un événement marquant dans la dernière année sont des variables associées au temps total fourni et expliquent 16 % de la variance du temps total. Cette association varie en fonction du rythme de travail perçu par le travailleur social. L'aspect imprévisible des situations comme une hospitalisation, plutôt que leurs conséquences à long terme, semble avoir un effet sur le temps fourni par les travailleurs sociaux aux aînés qui reçoivent des SSAD.

INTRODUCTION

Au Québec, environ 88 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent à domicile et 6 % reçoivent des services de soutien à domicile (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, 2011; Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012). Dans ces services, la fonction de travailleur social auprès des aînés et de leurs proches aidants est d'identifier et d'évaluer les besoins psychosociaux en lien avec la perte d'autonomie, de mobiliser et soutenir les ressources du réseau formel et informel et d'améliorer le fonctionnement social de l'aîné (Berkman, Maramaldi, Breon, & Howe, 2002). Une partie des activités du travailleur social s'effectue en présence de la personne âgée ou de son proche aidant afin de procéder à une évaluation psychosociale et déterminer les objectifs d'intervention et de suivi psychosocial (Naito-Chan, Damron-Rodriguez, & 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 partenaires du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) (Kadushin & Egan, 2008; Matte, 2000). S'additionnent enfin les tâches de natures administratives, la participation à des comités et la supervision de stagiaires qui occupent une part importante de leur travail (Delli-Colli, Dubuc, Veilleux, & Gauthier, 2010).

Or, depuis les dernières années, les travailleurs sociaux témoignent qu'ils ont de la difficulté à conjuguer l'ensemble des tâches et des interventions qu'ils offrent aux usagers puisque les situations présentées par les personnes âgées sont de plus en plus complexes. Ces dernières consultent pour plusieurs problèmes reliés à la santé physique et mentale, au soutien social

et aux conditions de vie (Larivière, 2012; Matte, 2000; Mc Guire & Blue-Howells, 2005; Stevens, 2008). À cet accroissement de la complexité, s'ajoute le fait que le nombre d'usagers augmente constamment, de sorte qu'un travailleur social peut avoir à gérer plus de 85 situations cliniques. Cette situation engendre également une pression énorme chez les gestionnaires qui doivent faire le meilleur usage possible de leurs ressources humaines (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009). Les preneurs de décision ont besoin de données probantes afin d'appliquer des solutions leur permettant de répondre avec efficience, qualité et continuité aux besoins de la clientèle.

Actuellement, au Québec, les travailleurs sociaux et les gestionnaires disposent de peu d'outils pour faire une analyse adéquate de la charge de travail. Du côté de la gestion, certains indicateurs sont extraits du module *Système d'information clientèle* (SIC) du logiciel Intégration centre local des services communautaires (ICLSC). Par contre, ces données ne permettent pas d'avoir un portrait complet et précis des activités réalisées par les travailleurs sociaux (Delli-Colli et al., 2010). D'un point de vue clinique, certains CSSS se sont inspirés du document *Balises pour l'attribution de la charge de cas des travailleurs sociaux exerçant dans les Centres locaux de services communautaires* (CLSC) publié, en 1998, par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) comme outil d'analyse (CLSC Kateri, 2000; CLSC Verdun/Côte Saint-Paul, 1999; Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 1998). Ces outils ont le mérite de décrire de façon plus complète le travail effectué par les intervenants. Toutefois, la stratégie utilisée ne permet pas de comprendre ce qui influence le type et la nature des activités effectuées auprès de la clientèle et ainsi permettre une lecture plus fine des éléments-clés à considérer dans la

gestion de la charge de travail et l'organisation des services (Cesta, 2005; Orme, 1995; Stevens, 2008).

Au plan des écrits internationaux, nous savons que le temps accordé aux usagers du soutien à domicile varie de l'un à l'autre et peut être influencé par plusieurs éléments (Gathercole & DeMello, 2001; Pockett, Lord, & Dennis, 2001). D'abord, certaines caractéristiques présentées par la personne et sa famille peuvent nécessiter plusieurs types d'interventions consommatrices de temps, comme l'évaluation de l'aptitude et du besoin de protection (Corazzini-Gomez, 2002; Stevens, 2008). De plus, le manque d'expérience ou de connaissances du travailleur social à l'égard d'une problématique en particulier ou du service de soutien à domicile peut influencer le temps fourni pour un usager (Gathercole & DeMello, 2001). Enfin, certains éléments de l'environnement organisationnel peuvent aussi affecter le temps. Par exemple, l'insuffisance de services de répit peut amener le travailleur social à effectuer plus régulièrement un suivi psychosocial au proche aidant pour offrir du soutien (Saltz , Schaefer, & Weinreich, 1998).

En fait, peu d'études abordant cette question ont été répertoriées. Celles-ci ont principalement eu lieu en milieu hospitalier auprès d'adultes avec des problèmes de santé physique ou mentale (Gathercole & DeMello, 2001; Semke, Stowell, & Durgin, 1993) Dans ce type de milieu, où l'épisode de soins 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, & Boone, 1985; Gathercole & DeMello, 2001;

Semke et al., 1993). Ainsi, les caractéristiques des usagers peuvent affecter le temps fourni par les travailleurs sociaux, mais elles varient selon la population desservie et le contexte de dispensation de soins (Semke et al., 1993). À ce jour, aucune étude ne s'est attardée aux caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Il est connu que l'autonomie fonctionnelle d'un usager a une incidence sur le temps de traitement de professionnels de la santé (Dubuc, Hébert, Desrosiers, Buteau, & Trottier, 2006), mais leur influence sur le temps des travailleurs sociaux n'a pas été démontrée (Gathercole & DeMello, 2001).

La présente étude a donc pour but de fournir aux intervenants et gestionnaires du Québec des données probantes sur les caractéristiques de la clientèle et des travailleurs sociaux qui affectent leur charge de travail. Elle s'inscrit ainsi dans une des préoccupations du MSSS qui vise à optimiser l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009).

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux qui influencent le temps fourni aux usagers des services de soutien à domicile. Soulignons que les caractéristiques de l'environnement organisationnel ne sont pas étudiées pour des questions de faisabilité.

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 à effectuer leurs différentes activités. Nous mettons ensuite en relation ces deux éléments.

L'étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique à la recherche sur le vieillissement du CSSS-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

Un devis de type transversal utilisant une approche quantitative a été utilisé. L'étude s'est effectuée auprès de travailleurs sociaux travaillant dans les services de soutien à domicile et auprès de personnes âgées qui reçoivent des services de soutien à domicile.

Sélection de l'échantillon

La sélection de quatre CSSS de différentes tailles et zones géographiques a été faite par choix raisonné. 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) être détenteur d'un baccalauréat en travail social ou d'une maîtrise; 2) avoir au moins deux ans d'expérience dans sa profession ; 3) travailler

à temps complet et 4) 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 étaient celles âgées de 65 ans et plus dont le dossier avait fait l'objet d'au moins une activité directe ou indirecte 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, il a été estimé que dix 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. TEDDI s'utilise avec un iP*od* 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 reliées aux usagers et 4 activités de temps personnel. Les activités directes sont réalisées en présence de la personne qui requiert des services ou de sa famille. Ce sont des interventions planifiées, faisant l'objet d'une évaluation continue, réalisées par un intervenant à des fins d'évaluation, de prévention, ou d'information auprès d'une personne. Les activités indirectes ne sont pas

effectuées en présence de l'usager, mais sont exercées dans le but de faciliter ou de compléter l'évaluation ou l'intervention pour un usager en particulier. Citons, par exemple, une discussion avec un autre professionnel ou la rédaction des notes chronologiques. Les activités non cliniques ne sont pas attribuables à l'usager, mais sont nécessaires au bon fonctionnement du service. Ces activités incluent des tâches administratives, comme compiler des statistiques et des tâches liées au développement et avancement de la profession ou de la société telles que la formation continue et la participation à la recherche. Enfin, le temps personnel est celui accordé aux pauses-santé, aux repas et aux communications téléphoniques personnelles.

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 pour les faire. Concrètement, si la première activité de la journée était de prendre ses messages sur sa boîte vocale, le travailleur social sélectionnait cette activité sur TEDDI et actionnait le bouton « début de tâche » pour l'enregistrement du temps et « fin de tâche » lorsque l'écoute de ses messages était terminée et ainsi de suite, au fil des activités. 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 & Freivalds, 2003). Cette donnée a permis d'obtenir la perception du

travailleur social sur son rythme de travail en tenant de compte de la fatigue et des interruptions.

Les erreurs et les omissions étaient compilées dans un journal de bord. Sur les onze jours de données saisies, la première journée a été retirée des analyses car elle se voulait une familiarisation avec TEDDI. À la fin des dix 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 auto-administré remis lors de la formation. D'une part, plusieurs informations de nature sociodémographique comme l'âge, la formation, le nombre d'années d'expérience œuvrant comme travailleur social et auprès des personnes âgées ont été demandées. D'autre part, des données sur les caractéristiques de l'ensemble des usagers desservies 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, les problèmes psychosociaux, la condition économique, l'utilisation des services de santé et professionnels dans la dernière année, ainsi que la situation du proche aidant. L'autre partie

du questionnaire était composée de quatre instruments de mesure, dont les qualités métrologiques ont été démontrées. L'autonomie fonctionnelle et les services reçus ont été mesurés à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Cet instrument mesure la capacité du sujet à accomplir 29 activités liées à cinq dimensions : activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales et tâches domestiques. 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. (Hébert, Carrier, & Bilodeau, 1988; Hébert et al., 2003). Le fonctionnement social a été capté avec le SMAF social. Cet outil évalue six dimensions : le réseau, les ressources, le soutien, les activités, les relations et les rôles sociaux. Le score total varie entre 0 et 18. (Pinsonnault, Desrosiers, Dubuc, Delli-Colli, & Hébert, 2009). L'autonomisation a été mesurée à l'aide de la version française du *Health Care Empowerment Questionnaire* (HCEQ). Cet outil comprend 10 items regroupés sous trois sous-échelles : le niveau de contrôle, l'implication dans l'interaction et l'implication dans la décision. Chaque item est répondu 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, & Dubois, 2006). Les proches aidants ont été invités à compléter l'Inventaire du fardeau de Zarit pour documenter leur sentiment de fardeau. Le questionnaire auto-administré comprend 22 items qui se répondent sur une échelle de 5 points (0 pour « jamais » à 4 pour « presque toujours »). Un score sur 88 est obtenu en additionnant les scores de chacun des items (Hébert, Bravo, & Girouard, 1993; Zarit, Reever, & 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 compléter le questionnaire d'une durée d'environ 90 minutes. Le questionnaire destiné au proche aidant était complété 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, s'il y avait lieu, les données de temps fourni issues de TEDDI. Par la suite, les secondes non comptabilisées entre deux activités ont été réparties au prorata du nombre d'activités effectuées dans la journée. 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. Ensuite, les caractéristiques d'une personne âgée et de son travailleur social étaient mises en relation avec le temps fourni à cette personne au cours des 10 jours d'observation. Le choix des variables à inclure dans la modélisation était basé sur le cadre théorique de l'étude, le *Quality health outcome model* qui considère l'interaction dynamique entre les caractéristiques de l'usager, les caractéristiques de l'environnement et les interventions du professionnel (Mitchell & Lang, 2004). Certaines variables n'ont pas été retenues puisqu'elles n'étaient pas discriminantes, par exemple, 98 % des personnes âgées étaient d'origine canadienne. Pour tenir compte de la structure hiérarchique des données, c'est-à-dire du fait que les personnes âgées (niveau 1) sont nichées dans les travailleurs sociaux

(niveau 2), des modèles multiniveaux ont été utilisés pour estimer l'effet des variables à chacun des niveaux. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel HLM (Bryk, Raudenbush, & Congdon, 2004) en respectant les principales étapes proposées par Bryk et Raudenbush (1992). Un modèle sans variable explicative était tout d'abord estimé pour déterminer la variance du temps total associée à chacun des niveaux du modèle (personnes âgées et intervenants). À l'étape 2, des modèles bivariés ont permis de mettre en relation le temps total avec chacune des caractéristiques des personnes âgées (variables de niveau 1 une à la fois). Pour être retenues comme candidates potentielles dans l'ébauche du modèle multivarié, elles devaient être significatives au seuil de signification de 15%. Les meilleurs modèles multivariés, en termes de réduction de la variance inexpliquée, à deux, trois et quatre variables et plus ont été examinés. La stratégie étant de s'arrêter lorsqu'il n'est plus possible d'expliquer une part significative de la variance restante en ajoutant une variable supplémentaire. A l'étape 3, les variables de niveau 2 étaient introduites dans le modèle afin d'identifier les caractéristiques des intervenants modulant les relations identifiées à l'étape 2. Les variables ont d'abord été examinées une à la fois et celles significatives étaient ensuite étudiées simultanément dans un même modèle. Celles qui apportaient une explication significative aux variations inter-intervenants des relations trouvées à l'étape 2 étaient conservées. Un seuil de signification de 5 % a été retenu pour le modèle final. La dernière étape était une analyse des résidus pour s'assurer de l'adéquation du modèle.

RÉSULTATS

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

Tableau 1 : Provenance des participants

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

Caractéristiques des travailleurs sociaux

Les 12 travailleurs sociaux recrutés étaient 11 femmes et un homme. Le tableau 2 indique que le type d'usagers qu'ils desservaient était varié. En plus d'intervenir auprès de personnes âgées de plus de 65 ans du programme « perte d'autonomie liée au vieillissement », 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 ne faisaient qu'une seule fonction.

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

Age (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)
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 %

Recrutement des personnes âgées

Pendant l'étude de temps et mouvement, 297 personnes ont reçu une intervention directe ou indirecte par un des 12 travailleurs sociaux participants. Sur 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 présente les principales caractéristiques des personnes âgées. L'échantillon était en quasi-totalité de nationalité canadienne et 90 % étaient catholiques et s'exprimaient en français. Notons que 96 % des personnes âgées avaient un médecin de famille.

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

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 en région	1,92 (1,89)
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)
Nombre de médecins spécialistes consultés dans la dernière année	0,69 (0,95)
Nombres de services professionnels consultés dans la dernière année	2,64 (1,38)
Sexe féminin	58,5 %
État civil	
Célibataire	24,6 %
Veuf/veuve	38,6 %
Marié (e)	36,9 %
Situation de vie	
Seul(e)	57,9 %
Conjoint (e)	31,0 %
Autre membre famille	10,5 %
Milieu de vie collectif	36,3 %
Scolarité	
0-4 ans	28.2 %
5-8 ans	38,5 %
9 et plus	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 dans la dernière année	62,0 %

On note que 62 % de l'échantillon ont rapporté au moins un événement significatif dans 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 en lien avec la difficulté de s'adapter aux pertes. Ils ont une perte d'autonomie modérée, peu de besoins non répondus, 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, par exemple, une infirmière ou un ergothérapeute au cours de la dernière année. Au cours de la dernière année, 44 % des personnes de l'échantillon ont rapporté avoir été hospitalisées au moins une fois.

Quant à la présence d'un proche aidant, 7 % des personnes âgées n'en ont pas identifié. Sur les 159 proches aidants identifiés, 24 (15 %) proches aidants n'ont pas retourné leur questionnaire malgré une relance téléphonique. Les analyses descriptives portent donc sur 135 proches aidants. Les proches aidants avaient en moyenne 63,5 ans (écart-type de 15,3 ans). Près du tiers (31 %) de ces proches étaient 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 % d'entre eux 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 %). Malgré ces aspects positifs de la relation, le score moyen du sentiment de fardeau de Zarit était de 25,0 (écart-type de 16,0), 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.

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

ACTIVITES DIRECTES	Interactions avec l'usager	9,8 %	
	Interactions avec la famille	4,8%	17,6 %
	Interactions usager +famille	3,0 %	
ACTIVITÉS INDIRECTES	Discussion de cas	12,5 %	
	Lecture et rédaction	25,8 %	
	Rencontres formelles	4,0 %	47,0 %
	Recherche de services	0,8 %	
	Déplacements à domicile	3,9 %	
ACTIVITÉS NON CLINIQUES	Tâches administratives	15,5 %	
	Développement professionnel	5,3 %	20,8 %
TEMPS PERSONNEL	Repas, pause	15,0 %	15,0 %

Variables associées au temps total

Afin d'identifier les caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux qui avaient une influence sur le temps total fourni, 35 variables liées aux personnes âgées (niveau 1) et 13 variables liées aux travailleurs sociaux (niveau 2) ont été analysées. Considérant que les variables liées aux proches aidants sont disponibles pour 135 des 171 participants, ces variables n'ont pas été incluses dans les modèles multiniveaux.

Le temps total était disponible pour 171 usagers. Parmi eux, 130 personnes âgées ont obtenu du temps pour des activités directes alors que 169 ont reçu du temps pour des

activités indirectes. Les temps total, direct et indirect ont fait l'objet de trois modèles différents. Pour les fins de l'article, seul le modèle du temps total sera présenté. Le temps direct (r= 0,73) et le temps indirect (r=0,95) étaient fortement liés avec le temps total.

La moyenne de temps total fourni par usager au cours des 10 jours est de 66 minutes avec une erreur-type de 1,20 minute. Dans le modèle sans variable explicative, l'estimé du maximum de vraisemblance de la variance au niveau des personne âgées est σ^2= 1,50. La variabilité estimée au niveau des intervenants est de 0,04. Ainsi, la plus grande partie de la variabilité du temps total fourni est au niveau des personnes âgées avec moins de 3% (0,04/ (1,50+0,04)) de la variabilité du temps total fourni au niveau des travailleurs sociaux (niveau 2). La variabilité au niveau des intervenants est d'ailleurs statistiquement non significative (p=0,15) indiquant que le temps ne varie pas entre les travailleurs sociaux.

À la deuxième étape, 35 caractéristiques des personnes âgées ont été mises en relation avec le temps total fourni. Pour faciliter l'interprétation, les variables continues ont été centrées autour de leur moyenne globale. Considérant le critère d'une valeur p <0.15 dans les modèles bivariés, six variables ont été retenues : vivre dans un domicile individuel (p=0,059), avoir été hospitalisé dans la dernière année (p=0,086), le nombre de problème de santé (p=0,029), la satisfaction de sa condition économique (p=0,038), avoir des enfants hors région (p=0,093) et avoir vécu un événement significatif dans la dernière année (p=0,038). Pour la construction du modèle multivarié, tous les modèles à deux et trois variables ont été examinés. La génération de modèles à quatre variables n'a pas permis la réduction de la variance non expliquée par le meilleur modèle à trois variables de niveau 1.

Ce modèle inclut les variables « avoir été hospitalisé dans la dernière année », « avoir vécu un événement marquant dans la dernière année » et « nombre de problèmes de santé ».

L'étape 3 consistait à déterminer si des caractéristiques des travailleurs sociaux étaient associées au temps total fourni ou modifiaient 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 tableau 5 présente le modèle final retenu. Il est composé des trois variables relatives aux personnes âgées et de celle liée aux intervenants. 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 dans la dernière année. Ces relations ne variaient pas significativement d'un travailleur social à l'autre. Le temps fourni varie également selon qu'il y a eu une hospitalisation dans la dernière année, mais le sens de la relation varie cette fois de façon significative d'un intervenant à un autre (p = 0,009). En effet, certains donnent plus de temps aux personnes qui ont été hospitalisées, et d'autres donnent plus de temps aux personnes qui n'ont pas été hospitalisées dans 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 hospitalisés dans la dernière année. Cette dernière variable a également un effet direct sur l'ordonnée à l'origine, c'est-à-dire sur la moyenne du temps total fourni.

Tableau 5 : Modèle final du temps total

Modèle pour le temps total moyen par intervenant				
Ordonnée à l'origine	3,80	0,15	<0,001	
Nombre de problèmes de santé de l'usager	-0,05	0,02	0,008	
L'usager a vécu au moins un événement significatif au cours de la dernière année	0,62	0,18	<0,001	
Rythme de travail perçu par l'intervenant	-0,05	0,01	0,018	
Modèle pour la relation entre le temps total et l'hospitalisation de l'usager au cours de la dernière année				
Ordonnée à l'origine	-0,009	0,21	0,966	
Rythme de travail perçu par l'intervenant	0,10	0,03	0,009	
Temps total moyen par intervenant	0,00	10	3,42	> 0,50
Relation entre le temps total et l'hospitalisation de l'usager au cours de la dernière année	0,13	10	10,41	0,405
Effet niveau 1	1,28			

DISCUSSION

Le but de cette étude était d'identifier certaines variables liées 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.

Dans notre étude, les personnes âgées qui ont reçu des interventions des travailleurs sociaux présentent une perte d'autonomie modérée et plusieurs problèmes de santé ayant nécessité, pour 44 % d'entre eux, une hospitalisation dans la dernière année. Ces résultats

sont similaires à ceux d'autres études (Hébert, Dubois, Raîche, & Dubuc, 2008). De plus, 62% de l'échantillon ont vécu un événement marquant dans 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; Hebert, 2007). Enfin, les personnes âgées peuvent compter en moyenne sur sept personnes significatives offrant plusieurs formes de soutien telles qu'instrumentales, émotionnelles ou informationnelles. 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 être expliqué 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 du SAD qui ont des besoins de formation, d'information, de soutien et de répit (Guberman, Lavoie, Pepin, Lauzon, & Montejo, 2006). Si les travailleurs sociaux les perçoivent davantage comme des partenaires plutôt que comme des usagers, cela pourrait expliquer le faible temps fourni.

Tel que constaté dans d'autres études, les travailleurs sociaux consacrent plus de temps en intervention indirecte qu'en intervention directe (Anderson & Miller, 1998; Baginsky et al., 2010; Delli-Colli et al., 2010; Stevens, 2008; Young, Grusky, Sullivan, Webster, & Podus, 1998). 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. Par ailleurs, l'effet 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. 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 nos reliées aux usagers comme par exemple, la gestion de liste d'attente pour l'obtention de certains services. On observe aussi que les travailleurs sociaux plus jeunes et moins expérimentés semblent consacrer 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 offrent souvent plus d'interventions à des personnes qui présentent un meilleur potentiel ou pronostic de récupération (Björkman & Hansson, 2000; Hebert, 2007). Par ailleurs, les usagers qui sont en mesure de collaborer, d'identifier les objectifs d'intervention et de participer aux décisions, reçoivent aussi plus d'interventions (Björkman & 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'événement significatifs dans la dernière année mobilisent le travailleur social autour d'épisodes non prévus. Dans cette trajectoire de services du soutien à domicile, où le séjour peut être de longue durée, les travailleurs sociaux sont-ils plus présents lors d'un épisode aigu ? Une hospitalisation dans la dernière année est associée avec 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). Le fait d'avoir été hospitalisé peut rendre plus accessibles les services à domicile puisque des évaluations par des professionnels sont venues appuyer le besoin de services et le suivi qui en découle. Ces situations aigues semblent avoir eu un impact sur le temps total fourni. Un des problèmes rencontrés par les personnes âgées qui quittent l'hôpital pour retourner à domicile est le besoin d'assistance pour planifier le congé de l'hôpital et s'assurer de la liaison avec les différents dispensateurs de services dans la communauté (Benjamin & Naito-Chan, 2006). Les fonctions de coordination et de suivi des services sont alors sollicitées (Benjamin & Naito-Chan, 2006). En ce qui a trait aux conséquences à long terme de ces événements, comme les difficultés d'adaptation aux pertes ou au deuil qui sont souvent un motif de référence, elles n'ont pas été associées au temps fourni (Matte, 2000). On peut aussi se demander si les répercussions de ces événements sont bien identifiées par les travailleurs sociaux et si les objectifs poursuivis au plan d'intervention sont adéquats et suffisants (Simons et al., 2012). 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 & Grusky, 1990; Veil & Hébert, 2007). Rappelons que dans cette étude, les travailleurs sociaux avaient une médiane de 51,5 usagers à leur charge.

Le rythme du travail modifie l'effet d'une hospitalisation dans la dernière année sur le temps total fourni. Ceux qui perçoivent un rythme de travail élevé ont donné plus de temps (4 minutes de plus) aux personnes hospitalisées, alors que ceux qui ont estimé leur rythme de travail plus bas, ont donné plus de temps aux personnes qui n'ont pas été hospitalisées. La durée de séjour de plus en plus courte en milieu hospitalier laisse peu de temps, limite les références aux travailleurs sociaux de ces milieux d'intervenir, et a pour conséquence d'accroître les demandes de services pour les travailleurs sociaux dans les services de soutien à domicile (Volland & Keepnews, 2006). Ils jouent alors un plus grand rôle dans le suivi post-hospitalier (Lechman & Duder, 2009). Le suivi nécessite des interventions visant l'organisation de services. 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.

En expliquant 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. Cependant, certaines dimensions n'ont pas été abordées. L'attitude de certaines personnes âgées, telle que leur réticence face aux 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 d'interventions (Corazzini-Gomez, 2002). En ce qui concerne les proches aidants, des données sur seulement 135 d'entre eux ont limité l'introduction de variables qui auraient pu être intéressantes pour expliquer le temps total fourni. Au niveau du travailleur social, le style d'intervention, la personnalité de l'intervenant, ses croyances et ses valeurs peuvent déterminer un certain pattern de travail (Itzhaky, Gerber, & Dekel, 2004). Les travailleurs sociaux de l'étude comptaient, sauf un, moins de dix ans dans la profession. L'influence des travailleurs sociaux séniors 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 amène à penser qu'il pourrait être pertinent d'inclure un troisième niveau à ces analyses, soit celui des CSSS. Dans ce cas, un nombre important de CSSS aurait dû être mobilisé, ce qui n'a pas été possible de faire dans cette étude.

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 au 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 experts travailleurs sociaux. L'utilisation d'instruments de mesure avec de bonnes qualités métrologiques 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 bon estimés 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).

À notre connaissance, cette étude est la première à être publiée sur les caractéristiques des personnes âgées à domicile et des travailleurs sociaux qui influencent le temps total fourni en service social. D'autres études seront nécessaires pour confirmer nos résultats et explorer l'effet d'autres variables sur l'offre de service en travail social.

RÉFÉRENCES

Anderson, R. J., M. , & Miller, M. W., A. Longino, C. (1998). The Timing of Change : Patterns in Transitions in Fucntional Status Among Elderly Persons. *Journal of Gerontology :SOCIAL SCIENCES, 53B*(1), S17-S27.

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux. (2011). *6 cibles pour faire face au vieillissement de la population.* Montréal: AQESSS.

Baginsky, M., Moriarty, J., Manthorpe, J., Stevens, M., Maclnnes, T., & Nagendran, T. (2010). *Social Workers' Workload Survey. Messages fron the Frontline. Findings from the 2009 Survey and Interviews with Senior Managers* : 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. Dans B. Berkman (Ed.), *Handbook of Social Work in Health and Aging.* (pp. 423-434). 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 counseilling the elderly. Dans M. J. Holosko & M. Feit (Eds.), *Social work practice with the elderly* (pp. 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. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 35*(1), 43.

Bryk, A. S., Raudenbush, S. W., & Congdon, R. (2004). HLM 6 for windows. Skokie, IL: Scientific Software International, Inc.

Cesta, T. (2005). Avoid overload: Assign cases based on workload, model and role functions. *Hospital Case Management, 13*(7), 97-101.

CLSC Kateri. (2000). *Indicateurs de la charge de cas spécifiques au service social.* Montréal.

CLSC Verdun/Côte Saint-Paul. (1999). Indicateurs de la charge de cas et de la charge de travail universels et spécifiques aux intervenants sociaux, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes et nutritionniste des Services aux personnes en perte d'autonomie au CLSC Verdun/Côte Saint-Paul. Montréal.

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.

Delli-Colli, N., Dubuc, N., Veilleux, N., & Gauthier, L. (2010). *Description des activités réalisées par le service social de trois programmes-services au CSSS-IUGS: une étude de temps et mouvements*. Programme de recherche clinique de la fondation du CSSS-IUGS. Rapport de recherche présenté à la DSPPAPA du CSSS-IUGS.

Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., & Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 42*(2), 191-206.

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., & Girouard, D. (1993). Fidelité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. *Canadian Journal on Aging/ La Revue Canadienne du Vieillissement, 12*, 324-337.

Hébert, R., Carrier, R., & 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., & Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie, 28*(4).

Hébert, R., Dubois, M.-F., Raîche, M., & Dubuc, N. (2008). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. *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 role in home health care. In G. Kadushin & M. Egan (Eds.), *Gerontological Home Health Care* (pp. 20-42). New York: Colombia University Presse.

Larivière, C. (2012). Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public? *Intervention* (136), 30-40.

Lechman, C., & Duder, S. (2009). Hospital lenght of stay: Social work services as an important factor. *Social Work in Health Care, 48*.

Matte, G. (2000). Que restent-ils des suivis psychosociaux dans les services de maintien à domcile en CLSC? [Actualités]. *Intervention* (111), 95-102.

Mc Guire, J., & Blue-Howells, J. (2005). How many social workers are needed in primary care? A patient-based needs assessment example. *Health & Social Work, 30*(4), 305-313.

Ministère de la Famille et des Aînés, & Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.

Mitchell, P.H., & Lang, N.M. (2004). Framing the problem of measuring and improving healthcare quality. Has the quality health outcomes model been useful? *Medical Care*, 42(2), 4-11.

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). *Methods, Standards and work design* (Eleventh Edition ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (1998). *Balises pour l'attribution de la charge de cas des travailleurs sociaux exerçant en CLSC*. Montréal

Orme, J. (1995). *Workload: Measurement and Management*. Aldershot: Avebury.

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.

Pockett, R., Lord, B., & Dennis, J. (2001). The development of an Australian national classification system for social work practice in health care. *Soc Work Health Care, 34*(1-2), 177-193.

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. (2012b). *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.

Saltz , C., Schaefer, T., & Weinreich, D. (1998). Streamlining outpatient geriatric Assessment : Essential Social, Environmental and Economic Variables. *Social Work in Health Care, 27*(1), 1-13.

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.

Simons, K., Connolly, R. P., Bonifas, R., Allen, P. D., Bailey, K., Downes, D., & Galambos, C. (2012). Psychosocial Assessment of Nursing Home Residents via MDS 3.0: Recommendations for Social Service Training, Staffing, and Roles in Interdisciplinary Care. *Journal of the American Medical Directors Association, 13*(2), 190.e199-190.e115.

Stevens, M. (2008). Workload Management in social work services: What, why and how. *Pratice: Social Work in Action, 20*(4), 207-220.

Veil, A., & Hébert, R. (2007). Estimation des ressources en gestion de cas dans un territoire. Dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Raîche (Eds.), *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (Vol. 2, pp. 467-502). St-Hyacinthe: Edisem.

Volland, P. J., & Keepnews, D. M. (2006). Generalized and specialized hospitals. Dans B. Berkman (Ed.), *Handbook of Social Work in Health and Aging* (pp.413-422). 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.

4.4 Résultats complémentaires

Les résultats issus des objectifs spécifiques quatre et cinq étaient nombreux et ne pouvaient pas tous être présentés dans le troisième article. Ainsi les prochaines pages présenteront ces résultats complémentaires.

4.4.1 Temps fourni par activité

Le quatrième objectif spécifique visait à estimer le temps moyen par activité. Les tableaux 5 à 8 présentent la fréquence d'exécution des activités ainsi que la durée moyenne et l'écart-type en minutes des douze travailleurs sociaux des quatre CSSS ayant participé à l'étude. La liste d'activités (n=75) a été développée dans le cadre du troisième objectif spécifique. Pour répondre au quatrième objectif spécifique, elle a été bonifiée de quatre activités (n=79) afin d'inclure une sous-catégorie d'activités effectuées auprès de la personne âgée et de sa famille. Rappelons que les activités mesurées se divisent en quatre grandes catégories. D'abord, il y a les activités directes qui sont effectuées auprès de la personne âgée ou de sa famille. Ensuite, les activités indirectes traduisent les interventions qui sont accomplies pour actualiser le plan d'intervention, mais ne sont pas faites en présence de la personne âgée ou de sa famille. La troisième catégorie représente des activités dites non-cliniques, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas en lien avec la situation de l'usager, mais elles sont nécessaires pour le fonctionnement de l'établissement et le développement professionnel. Enfin, la dernière catégorie inclut les activités de repas et de pauses.

Pour chaque activité, la fréquence et le pourcentage du temps total sont accompagnés de la durée moyenne et de l'écart-type de temps en minutes. Le total en termes de fréquence d'exécution des activités et du pourcentage du temps total fourni sont présentés pour chaque sous-catégorie et catégorie.

Tableau 5. Fréquence et temps moyen des activités directes

N°	Sous-catégorie/activités	Fréquence	Durée moyenne (écart-type*) en minutes	% temps
1	**Interactions avec l'usager**	**286**		**10,0 %**
1.1	Prise de rendez-vous	52	4,16 (4,41)	0,4 %
1.2	Évaluation psychosociale de l'usager en présence	18	60,30 (33,73)	2,0 %
1.3	Évaluation psychosociale de l'usager au téléphone	3	6,73	0,0 %
1.4	Évaluation psychosociale pour régime de protection en présence	0		0,0 %
1.5	Évaluation psychosociale pour régime de protection au téléphone	0		0,0 %
1.6	Suivi psychosocial en présence	79	29,49 (26,47)	4,1 %
1.7	Suivi psychosocial au téléphone	117	8,44 (8,82)	1,8 %
1.8	Réévaluation annuelle en présence	10	84,09 (43,85)	1,5 %
1.9	Réévaluation annuelle au téléphone	2	3,15	0,0 %
1.10	Soutien civique	4	32,44	0,2 %
1.11	Accompagner l'usager pour une visiter une ressource d'hébergement	1	24,20	0,0 %
2	**Interactions avec la famille ou une personne significative**	**217**		**4, 4 %**
2.1	Prise de rendez-vous	30	6,35 (8,42)	0,3 %
2.2	Évaluation psychosociale en présence	3	85, 07	0,5 %
2.3	Évaluation psychosociale au téléphone	2	27,95	0,1 %
2.4	Évaluation psychosociale pour régime de protection en présence	0		0, 0%
2.5	Évaluation psychosociale pour régime de protection au téléphone	3	6,90	0, 0 %
2.6	Suivi psychosocial famille en présence	9	18,86	0,2 %
2.7	Suivi psychosocial famille au téléphone	163	9,82 (11,71)	2,9 %
2.8	Réévaluation annuelle présence	1	15,25	0, 0 %
2.9	Réévaluation annuelle téléphone	2	9,37	0, 0 %
2.10	Rencontre de la famille sans l'usager	4	49,03	0,4 %
3	**Interactions avec la dyade usager + famille ou personne significative**	**23**		**2,3 %**
3.1	Évaluation psychosociale usager + famille en présence	4	31,15	0,2 %
3.2	Suivi psychosocial usager + famille en présence	12	49,32 (43,77)	1,1 %
3.3	Réévaluation annuelle usager + famille présence	5	109,75	1,0 %
3.4	Rencontre de la famille avec usager	1	17,65	0,2 %
4	**Intervention de Groupe**	**1**	**6,58**	**0,0 %**
Grand total		**526**		**16,7 %**

*l'écart-type est rapporté seulement quand il peut être estimé avec au moins 10 données.

Au niveau des activités directes, les travailleurs sociaux consacrent 10 % de leur temps auprès de la personne âgée et 4,4 % de leur temps auprès de la famille ou d'une personne significative. Un certain nombre d'activités sont effectuées simultanément auprès de la personne âgée et un membre de son entourage (2,3 % du temps total). Les interventions faites auprès d'un groupe de plusieurs familles n'ont été observées qu'à une seule reprise. Ce sont les activités de suivi psychosocial au téléphone avec l'usager ou un membre de sa famille qui sont le plus souvent effectuées avec des temps moyens assez semblables. Toutefois, c'est le suivi psychosocial en présence, d'une durée moyenne de 29,49 minutes, qui consomme le plus de temps (4,1 %), même s'il est accompli moins souvent.

Tableau 6. Fréquence et temps moyen des activités indirectes

N°	Sous-catégorie/activités	Fréquence	Durée moyenne (écart-type*) en minutes	% temps
5	**Interactions avec membres de l'équipe et autres professionnels**	**914**		**12,5 %**
5.1	Intervenant établissement (personne)	334	10,43 (10,46)	6,0 %
5.2	Intervenant établissement (téléphone)	265	5,16 (4,78)	2,3 %
5.3	Médecin (personne)	16	8,94 (10,59)	0,3 %
5.4	Médecin (téléphone)	22	6,07 (5,97)	0,2 %
5.5	Intervenant hors établissement CSSS (personne)	3	21,47	0,1 %
5.6	Intervenant hors établissement CSSS (téléphone)	93	6,85 (6,52)	1,0 %
5.7	Chef unité, superviseur (personne)	19	17,00(21,54)	0,3 %
5.8	Chef unité, superviseur (téléphone)	30	5,87 (6,05)	0,2 %
5.9	Organisme communautaire	40	7,17 (7,59)	0,5 %
5.10	Entreprise privée	72	5,90 (4,66)	0,8 %
5.11	Échange clinique courriel	20	5,98 (4,88)	0,2 %
6	**Lecture et Rédaction**	**1121**		**26 %**
6.1	Lecture du dossier de l'usager	192	9,83 (10,17)	3,1 %
6.2	Rédaction note évolutive ou chronologique	514	9,92 (10,43)	8,8 %
6.3	Rédaction OEMC	101	32,26 (31,34)	6,0 %
6.4	Rédaction évaluation psychosociale pour un régime de protection	25	54,58 (38,66)	1,0 %
6.5	Rédaction plan intervention	24	15,45 (11,62)	0,7 %
6.6	Réévaluation plan intervention	3	50,52	0,3%
6.7	Préparer rencontre multi	3	15,70	0,0 %
6.8	Rédaction demande de services	45	8,82 (6,25)	0,7 %
6.9	Préparer rencontre comité accès aux services	19	11,96 (11,45)	0,4 %
6.1	Autres tâches de rédaction liées au dossier	195	10,58 (11,70)	3,6 %
7	**Rencontres formelles**	**60**		**4,0 %**
7.1	Réunion clinique (service)	24	57,55 (29,62)	2,5 %
7.2	Rencontre multidisciplinaire	15	35,77 (52,53)	1,0 %
7.3	Rencontre comité accès aux services	21	16,81 (12,70)	0,6 %
8	**Recherche de nouveaux services**	**43**		**0,7 %**
8.1	Ressources publiques	23	9,75 (8,37)	0,4 %
8.2	Ressources privées	11	9,24 (6,72)	0,2 %
8.3	Ressources communautaires	9	9,07 (4,25)	0,1 %
9	**Déplacements**	**166**		**3,9 %**
9.1	Visite à domicile	164	13,22 (8,52)	3,8 %
9.2	Course pour usager	2	17,7	0,1 %
Grand total		**2304**		**47,0 %**

*l'écart-type est rapporté seulement quand il peut être estimé avec au moins 10 données.

Les activités indirectes sont celles qui sont le plus souvent accomplies et qui prennent presque la moitié du temps total. Les interactions avec les membres de l'équipe et les autres professionnels consomment 12,5 % du temps total. Les interactions avec les membres de l'équipe, en présence ou au téléphone, sont celles qui sont le plus souvent effectuées. Ces discussions concernant les usagers prennent en moyenne le double du temps si elles sont faites en face à face (10,43 minutes) que si elles sont effectuées au téléphone (5,16 minutes). La nature des discussions peut être le suivi des objectifs du plan d'intervention ou des services déjà en place. La lecture et la rédaction sont le bloc d'activités où l'on retrouve le plus d'activités effectuées et consomment le quart du temps. La rédaction d'une note évolutive dure en moyenne 9,92 minutes et prend presque 9 % du temps total. Le temps consacré à la rédaction de l'OEMC n'est pas non plus à négliger (6 % du temps total). Malgré l'exhaustivité des activités de rédaction listées, l'activité nommée « autres tâches de rédaction liées au dossier de l'usager » a été sélectionnée 195 fois. Moins de 1 % du temps est consacré à la recherche de nouveaux services et 4 % aux rencontres formelles. Le temps moyen pour un déplacement à domicile est en moyenne de 13,22 minutes.

Tableau 7. Fréquence et temps moyen des activités non cliniques

N°	Sous-catégorie/activités	Fréquence	Durée moyenne (écart-type*) en minutes	% temps
10	**Tâches administratives**	**1306**		**15,6 %**
10.1	Relevé de présence	70	4,05 (3,61)	0,5 %
10.2	Frais de déplacement	31	4,33 (6,33)	0,2 %
10.3	Horaire	108	5,53 (4,21)	1,1 %
10.4	Statistiques	88	10,20 (12,86)	1,6 %
10.5	Prendre message boîte vocale	346	4,15 (3,96)	2,6 %
10.6	Prendre message courriel	226	5,05 (5,53)	2,1 %
10.7	Mandat de gestion	50	19,53 (21,33)	1,8 %
10.8	Autres tâches administratives	302	10,13 (10,04)	5,6 %
10.9	Déplacements intersites	3	9,56	0,1 %
10.10	Déplacements intrasite	21	4,49 (3,32)	0,2 %
10.11	Autres déplacements	61	4,86 (5,14)	0,5 %
11	**Développement et avancement profession et société**	**206**		**5,3 %**
11.1	Supervision de stagiaires	2	4,10	0,0 %
11.2	Collaborer formation d'étudiants	1	1,66	0,0%
11.3	Orientation nouveau personnel	2	7,52	0,0 %
11.4	Participation comité interne ou externe	5	53,23	0,5 %
11.5	Recherche	83	7,06 (6,74)	1,0 %
11.6	Transfert des connaissances	9	15,52	0,3 %
11.7	Formation continue	9	102,28	1,7 %
11.8	Supervision et consultation clinique	11	22,63 (18,34)	0,5 %
11.9	Soutien entre pairs	84	10,18 (9,88)	1,6 %
Grand total		**1512**		**20,9 %**

*l'écart-type est rapporté seulement quand il peut être estimé avec au moins 10 données.

Dans les activités non-cliniques, c'est la prise de messages (téléphone ou courriel) qui prend le plus de temps, soit 4,7 % du temps total. L'activité « autres tâches administratives » (choix de vacances, requêtes, photocopies, impression de documents administratifs, utilisation de l'ordinateur, recherches diverses sur internet, échange avec le personnel de soutien pour des sujets non cliniques) » a été sélectionnée plus de 300 fois et durait en moyenne 10,13 minutes pour 5,6 % du temps total. Enfin, 5,3 % du temps total a été consacré aux activités de développement et à l'avancement de la profession et de la société. Dans les activités de développement, la participation à cette étude a pris 1 % du

temps total. Le soutien entre pairs, qui dure en moyenne 10,18 minutes, a été le plus souvent effectué.

Tableau 8. Fréquence et temps moyen des activités personnelles

N°	Sous-catégorie/activités	Fréquence	Durée moyenne (écart-type*) en minutes	% temps
12	**Temps personnel**	**419**		**15,8 %**
12.1	Pause	110	10,82 (7,34)	2,2 %
12.2	Temps de repas	118	54,40 (16,69)	11,4 %
12.3	Reprise de temps	7	68,50	0,9 %
12.4	Téléphone personnel, toilette	184	5,36 (5,46)	1,8 %

*l'écart-type est rapporté seulement quand il peut être estimé avec au moins 10 données.

Rappelons que les travailleurs sociaux ont le droit de prendre 60 minutes de repas et deux pauses de quinze minutes par jour. En moyenne, les travailleurs sociaux prennent leur heure de dîner et le deux tiers du temps de pause.

4.4.2 Variables associées au temps pour des activités directes et indirectes

L'article 3 présente le modèle de régression multiniveaux du temps total fourni. Les deux prochains tableaux présentent le modèle final du temps direct et du temps indirect qui ont été générés lors des analyses.

Pour le temps direct, les analyses ont été faites sur les 130 personnes âgées pour qui une activité directe a été effectuée. Dans le modèle sans variable explicative, l'estimé du maximum de vraisemblance de la variance au niveau des personnes âgées est σ^2= 1,28. La variabilité estimée au niveau des intervenants est de 0,17. Ainsi, la plus grande partie de la variabilité du temps direct fourni est au niveau des personnes âgées avec 12 % (0,174/ (1,28+0,174)) de la variabilité du temps direct fourni au niveau des travailleurs sociaux (niveau 2). La variabilité au niveau des intervenants est statistiquement significative (p=0,003) indiquant que le temps varie entre les travailleurs sociaux.

Concernant les analyses bivariées, les variables significatives étaient : vivre dans son domicile individuel (p=0,028), le nombre de problèmes de santé (p<0,001), le nombre de services professionnels (p=0,089), le nombre d'enfants hors région (p=0,011), avoir vécu un événement dans la dernière année (p=0,029), l'autonomisation (p=0,056) et ses deux sous-échelles, niveau de contrôle (p=0,005) et l'implication dans la décision (p=0,054). Le modèle final est présenté au tableau 9 et explique 32 % de la variation du temps direct fourni.

Tableau 9. Modèle final pour le temps direct

Effets fixes	**Coefficient**	**Erreur type**	**valeur *p***	
Modèle pour le temps direct moyen par intervenant				
Ordonnée à l'origine	3,28	0,20	<0,001	
Nombre de problèmes de santé de l'usager	-0,10	0,01	<0,001	
Nombre de services professionnels consultés au cours de la dernière année	0,10	0,11	0,376	
Vivre dans un domicile individuel	0,01	0,29	0,972	
Effets aléatoires	**composante de la variance**	**dl**	χ^2	**valeur *p***
Temps direct moyen par intervenant	0,28	10	20,27	0.027
Vivre dans un domicile individuel	0,68	10	31,28	<0,001
Nombre de services professionnels consultés au cours de la dernière année	0,09	10	31,49	<0,001
Effet niveau 1	0,87			

Plus les personnes ont des problèmes de santé, moins les travailleurs sociaux donnent du temps direct. Cette relation ne variait pas globalement entre les travailleurs sociaux (p <0,001). Les deux autres variables, vivre dans un domicile individuel (p=0,972) et le nombre de professionnels consultés (p=0,376) n'ont pas d'effet sur le temps direct moyen fourni. Toutefois, leur relation avec le temps direct varie d'un intervenant à un autre, mais aucune de nos treize variables de niveau 2 (travailleur social) n'a pu expliquer cette variation entre les intervenants.

En ce qui concerne le temps indirect, dans le modèle sans variable explicative, l'estimé du maximum de vraisemblance de la variance au niveau des personnes âgées est σ^2= 1,54. La variabilité estimée au niveau des intervenants est de 0,04. Ainsi, la plus grande partie de la variabilité du temps indirect fourni est au niveau des personnes âgées avec moins de 3 % (0,04/ (1,54+0,04)) de la variabilité du temps indirect fourni au niveau des travailleurs sociaux (niveau 2). La variabilité au niveau des intervenants est statistiquement non significative (p=0,122), indiquant que le temps ne varie pas entre les travailleurs sociaux.

Considérant le critère d'une valeur p <0,15 dans les modèles bivariés, treize variables ont été retenues : vivre dans un domicile individuel (p=0,059), avoir été hospitalisé dans la dernière année (p=0,032), le nombre de problèmes de santé (p=0,032), la satisfaction de sa condition économique (p=0,028), avoir des enfants hors région (p=0,047), avoir vécu un événement significatif dans la dernière année (p=0,016), vivre en couple (p=0,032), la fréquence des contacts avec les personnes significatives (p=0,059), le nombre de services professionnels (p=0,077), le nombre de médecins spécialistes (p=0,091), le score au SMAF (p=0,096), le score à l'outil d'autonomisation (p=0,094), les profils d'autonomie avec une prédominance d'atteinte aux tâches domestiques (p=0,018) et les profils d'autonomie avec une prédominance d'atteinte aux fonctions mentales (p=0.065). Puisque le temps total est en grande partie composé de temps indirect, il n'est pas surprenant que le modèle final du temps indirect soit très similaire au modèle du temps total présenté dans l'article 3. Il est présenté au tableau 10 et explique 11 % de la variation du temps indirect fourni.

Tableau 10. Modèle final pour le temps indirect

Effets fixes	**Coefficient**	**Erreur type**	**valeur *p***	
Modèle pour le temps indirect moyen par intervenant				
Ordonnée à l'origine	3,34	0,17	<0,001	
Nombre de problèmes de santé de l'usager	-0,05	0,02	0,002	
L'usager a vécu au moins un événement significatif au cours de la dernière année	0,64	0,18	<0,001	
Rythme de travail perçu par l'intervenant	-0,05	0,02	0.047	
Modèle pour la relation entre le temps indirect et l'hospitalisation de l'usager au cours de la dernière année				
Ordonnée à l'origine	0,089	0,21	0,685	
Rythme de travail perçu par l'intervenant	0,085	0,03	0,025	
Effets aléatoires	**composante de la variance**	**dl**	**χ^2**	**valeur *p***
Temps indirect moyen par intervenant	0,04	10	12,39	0,259
Relation entre le temps indirect et l'hospitalisation de l'usager au cours de la dernière année	0,11	10	13,32	0,205
Effet niveau 1	1,37			

Les travailleurs sociaux donnent moins de temps indirect aux personnes qui ont plus de problèmes de santé. Cette relation ne variait pas entre les travailleurs sociaux (p=0,002). De plus, les travailleurs sociaux donnent plus de temps indirect aux personnes qui ont vécu un événement significatif dans la dernière année et cela ne variait pas entre les intervenants (p<0,001). Le temps indirect fourni varie également s'il y a eu une hospitalisation dans la dernière année, mais le sens de la relation varie cette fois de façon significative d'un intervenant à un autre (p=0,025). En effet, certains donnent plus de temps aux personnes qui ont été hospitalisées, et d'autres donnent plus de temps aux personnes qui n'ont pas été hospitalisées dans 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 dans la dernière année. Cette dernière variable a également un effet direct sur l'ordonnée à l'origine, c'est-à-dire sur la moyenne du temps indirect fourni.

CHAPITRE 5 - DISCUSSION ET CONCLUSION

5.1 Discussion

D'entrée de jeu, rappelons que l'identification des caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail aux SSAD n'avait pas, à notre connaissance, encore été étudiée. Pour explorer cette charge de travail, le devis était transversal et il a utilisé une approche quantitative rigoureuse. Nos résultats représentent une avancée intéressante car peu d'études sur le sujet ont été faites. Pour atteindre cet objectif général, plusieurs étapes ont été réalisées. En premier lieu, l'identification des variables et des outils permettant de mesurer les caractéristiques des personnes âgées et celles associées à la charge de travail a été réalisée par une recension exhaustive des écrits. La sélection des variables essentielles a été possible grâce à la participation de soixante travailleurs sociaux du Québec à une consultation d'experts de type Delphi. Le choix des outils permettant de mesurer ces variables s'est effectué par dix experts (cliniciens, chercheurs ou décideurs) lors d'un groupe de discussion focalisée. Pour capter le temps fourni par les travailleurs sociaux pour effectuer leurs différentes activités, une liste préliminaire d'activités a été développée à partir de la littérature scientifique et professionnelle dans le domaine. La validation s'est faite avec des travailleurs sociaux qui ont classifié des activités recueillies dans la pratique quotidienne (« sur le terrain ») dans la liste préliminaire d'activités jusqu'à l'obtention d'un accord quasi parfait entre les travailleurs sociaux. Cette liste d'activités a été incluse dans le logiciel TEDDI pour effectuer une étude de temps et mouvements en continu par rapportage dans le cadre d'un projet pilote. L'identification des variables et des instruments de mesure, de même qu'une méthode pour estimer le temps consacré aux différentes activités, ont permis d'étudier l'association entre les différentes caractéristiques (personnes âgées et travailleurs sociaux) et le temps total fourni à l'aide de modèles de régression multiniveaux.

Les objectifs spécifiques de l'étude auront permis d'explorer ce sujet complexe. Par ailleurs, compte tenu du choix d'une thèse par articles, certains résultats ont déjà été discutés à l'intérieur de ceux-ci, notamment ceux qui les comparent à d'autres études.

Néanmoins, faute d'espace dans les articles et en raison de résultats complémentaires, certains éléments seront discutés ici. La discussion abordera aussi la validité interne et externe de l'étude, ses retombées et les avenues futures de recherche. Une courte conclusion sera également présentée.

En ce qui a trait à la répartition du temps entre les quatre domaines d'activités, on note une proportion importante consacrée aux activités indirectes comparativement aux activités directes. Les résultats de l'étude pilote et de celle effectuée dans les quatre CSSS ont démontré les mêmes grandes tendances dans l'utilisation du temps. En Angleterre, un sondage auprès de 1153 travailleurs sociaux œuvrant dans les services destinés à l'enfance, à la famille, aux adultes et aux personnes âgées rapporte des résultats similaires à ceux observés dans notre étude. Pour l'ensemble de ces usagers, la répartition du temps de ces travailleurs sociaux est composée d'un tiers du temps en activités directes et deux tiers du temps en activités indirectes. Toutefois, lorsqu'ils observent les données qui ne concernent que les personnes âgées, les travailleurs sociaux indiquent que 25 % de leur temps est consacré aux activités directes destinées aux personnes âgées (Baginsky et al., 2010). En fait, certaines données de ce sondage suggèrent que le temps direct est demeuré relativement stable à travers les années alors que le temps consacré aux autres types d'activités ne cesse d'augmenter, notamment le temps supplémentaire (Baginsky et al., 2010). Il est noté que la moitié des travailleurs sociaux qui ont participé à ce sondage ont fait du temps supplémentaire, et ce, jusqu'à une heure par jour pour 35 % d'entre eux (Baginsky et al., 2010).

Dans le cadre de ses travaux d'optimisation, le MSSS demande aux professionnels des CSSS du Québec d'augmenter le temps direct qu'ils offrent aux usagers. Dans ce contexte, la répartition du temps entre les quatre grands domaines d'activités soit, les activités directes, indirectes, non-cliniques et personnelles, soulève certaines interrogations lors d'activités de diffusion de nos résultats. Les intervenants soulignent qu'il peut être difficile d'augmenter ce temps direct puisqu'il peut être affecté par l'organisation des services dans les CSSS. Par exemple, le fait que la prise de contact, l'évaluation de la demande et parfois aussi l'évaluation globale fait avec l'OEMC soient attribuées à un intervenant du guichet

unique restreint le travailleur social aux activités de suivi et de réévaluation des besoins. Par ailleurs, cette façon de faire contrevient au processus d'intervention qui devrait se réaliser idéalement par un seul intervenant et comme un système articulé d'étapes qui s'accomplissent de façon séquentielle ou parfois simultanément (Thibault, 2011). De plus, elle nuit à la relation de confiance qui doit s'installer entre le travailleur social et l'usager dès le début de la prise de contact. La relation de confiance est à la base d'un climat de travail où le respect, l'écoute et l'empathie permettent à l'usager d'amorcer un changement et de développer ses compétences (Thibault, 2011).

En fait, les activités directes prises de façon isolée sont un pauvre indicateur de la contribution d'un travailleur social (Curtis, 2007). Comme mentionné dans le troisième article, l'impact positif des activités indirectes chez l'usager n'est pas à négliger, notamment sur les besoins non comblés et le réseau social (Björkman & Hansson, 2000). Il est préférable de considérer aussi les activités qui impliquent l'organisation, la planification, la négociation avec d'autres professionnels de son organisation ou d'autres établissements pour obtenir des services afin d'estimer plus adéquatement l'effort fourni et la complexité de son travail (Baginsky et al., 2010). Le temps consacré à la rédaction des évaluations psychosociales, des notes évolutives ou autres documents cliniques est aussi important. Dans le sondage mentionné précédemment, les travailleurs sociaux consacrent 23 % de leur temps aux activités de rédaction qui s'effectuent à l'intérieur d'un dossier clinique informatisé (Baginsky et al., 2010). Dans nos deux études sur le temps fourni, des résultats similaires sont observés. Dans l'étude principale dans les quatre CSSS, les travailleurs sociaux font la mise à jour de l'OEMC de même que leur note évolutive dans la solution informatique RSIPA. Les travailleurs sociaux consacrent 26 % de leur temps à l'ensemble des activités de lecture et de rédaction. Dans l'étude pilote où huit travailleurs sociaux d'un seul CSSS participaient, le temps dédié aux tâches de rédaction correspondait à 25 % du temps total. La seule différence entre l'étude pilote et l'étude principale est le temps consacré à la rédaction de la note évolutive. Dans l'étude pilote, la formulation de la note évolutive consommait 14,3 % du temps total alors que dans l'étude principale, les travailleurs sociaux y ont consacré 8,8 % du temps total. Une hypothèse mise de l'avant pour expliquer cette diminution de temps est l'utilisation du module informatique du

RSIPA qui s'avère plus performant que le système géronto-gériatrique utilisé par les huit travailleurs sociaux lors de l'étude pilote.

Le temps consacré aux tâches administratives correspond à 15,7 % du temps total, soit un pourcent de moins que ce qui est donné aux usagers et à leur famille. Les quelques études qui ont évalué le temps fourni par les travailleurs sociaux n'ont pas mesuré de façon aussi rigoureuse le temps des activités non-cliniques. Les comparaisons ne sont donc pas possibles dans ce contexte. L'activité « autres tâches significatives » a été sélectionnée 302 fois et prend 5,6 % du temps total, ce qui apparaît beaucoup compte tenu de la définition. Cette activité mesure des tâches administratives telles que faire son choix de vacances, des requêtes informatiques, des impressions de documents, des échanges avec le personnel de soutien. Ce résultat questionne et met en lumière la pertinence de certaines activités demandées aux travailleurs sociaux. Les activités visant le développement et l'avancement de la profession et de la société ne sont pas quotidiennes, sauf la participation à la recherche dans ce cas-ci. La plupart des travailleurs sociaux des quatre CSSS ont participé à l'étude vers la fin de l'hiver, ce qui diminuait les occasions d'avoir des stagiaires et des étudiants. De même, l'orientation de nouveau personnel en vue des remplacements d'été n'a pas été souvent effectuée par les travailleurs sociaux. Le temps consacré à certaines activités qui reviennent à des moments fixes, comme la supervision de stagiaires, peut être sous-estimé dans un devis transversal. Il serait intéressant d'avoir un portrait de la situation sur une année, mais cela représenterait un effort considérable. Dans une future étude, la réalisation d'activités à une période déterminée pourrait être considérée dans l'établissement de l'échéancier. Peu de consultations ou de supervisions cliniques ont eu lieu lors de l'étude. En revanche, le soutien entre pairs semble être une pratique plus établie, tel que rapporté dans le sondage effectué par l'OTSTCFQ (Simard, 2012).

Enfin, comme mentionné dans la recension des écrits, la notion de temps requis pour effectuer différentes activités en travail social n'a pas, à notre connaissance, été étudiée. Dans cette étude, il a été démontré qu'il était possible de mesurer le temps fourni par activité. Cependant, les résultats ne permettent pas de générer des temps requis pour diverses raisons. D'abord, certaines activités n'ont pas été suffisamment évaluées et d'autres données seraient nécessaires pour obtenir des fréquences plus élevées par activité.

Par la suite, pour les transformer en temps standards, ils doivent être ajustés pour tenir compte des interruptions et de la fatigue. Enfin, ces temps standards doivent être soumis à des experts, qui à l'aide de plusieurs critères, tels que des normes de pratique et du motif de l'activité, déterminent le requis. Par ailleurs, il serait essentiel d'avoir une réflexion, avec les travailleurs sociaux, sur la pertinence et l'utilité de temps requis dans leur gestion de la charge de travail afin que ce développement ne soit pas perçu comme une mesure mettant frein à l'innovation et à l'indépendance professionnelle (Ordre des ergothérapeutes du Québec et al., 2012).

L'article 3 fait mention de la forte proportion de temps indirect sur le temps total. À ce sujet, les variables associées au temps indirect sont les mêmes que celles associées au temps total et le pourcentage d'explication de la variation est légèrement plus bas pour le temps indirect. Le modèle du temps direct a été généré à partir du temps fourni à 130 personnes âgées. Le modèle final est composé de trois variables de niveau 1 (personnes âgées), soit le nombre de problèmes de santé (comme dans les deux autres modèles), vivre dans un domicile individuel et le nombre de professionnels consultés. D'abord, la variable, nombre de problème de santé, conserve la même interprétation que dans les modèles du temps total et du temps indirect. Ensuite deux variables à effets aléatoires, le nombre de professionnels impliqués et habiter un domicile individuel (en opposition à un domicile collectif), ont un impact sur le temps direct qui n'est pas constant d'un intervenant à l'autre. Il n'a pas été possible d'expliquer cette relation avec des variables de deuxième niveau (intervenants) ce qui limite l'interprétation que l'on peut en faire. Rappelons que ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui ont reçu du temps direct, ce qui a potentiellement limité la puissance de détecter cette relation. En ce qui concerne le nombre de professionnels impliqués dans la situation de la personne âgée, celui-ci serait-il le reflet des nombreux problèmes de santé? Il est difficile de l'affirmer hors de tout doute car le lien entre ces deux variables est faible ($r= 0,17$). En ce qui a trait au milieu de vie, les usagers qui habitent dans une RPA ne sont pas toujours une priorité des services du SSAD, ce qui pourrait expliquer que certains travailleurs sociaux leur donnent moins de temps et privilégient les personnes qui vivent dans leur domicile individuel (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, 2011; Protecteur du citoyen, 2012). Pourquoi est-ce que

d'autres travailleurs sociaux ont une pratique inverse, c'est-à-dire qu'ils donnent moins de temps aux personnes qui ne vivent pas dans un domicile collectif? D'autres études seront nécessaires pour mieux comprendre ce phénomène.

5.2 Validité interne et externe de l'étude

L'objectif d'étudier les caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux qui influencent la charge de travail au soutien à domicile a amené une réflexion sur des éléments de validité interne et externe de l'étude. Le terrain d'expérimentation n'a rien d'un laboratoire. Cette étude comporte donc certaines forces et limites.

Le premier élément concerne la participation des milieux lors de l'étude principale. Lors de la conception de l'étude, nous voulions recruter des CSSS provenant de deux régions du Québec. Toutefois, en raison des travaux d'optimisation entrepris dans plusieurs CSSS, les CSSS d'une région en particulier ont refusé de participer. Ainsi, bien que nous ayons pu collecter un nombre suffisant de données pour répondre aux objectifs de l'étude, il se peut que la généralisation de cette étude soit limitée.

Dans le cadre de cette étude, nous avons été à même d'observer des éléments qui ont été explicités dans le chapitre 2. Ainsi, les composantes du RSIPA étaient toutes implantées dans les quatre CSSS, mais certaines réalités locales amenaient quelques différences dans l'organisation des services. Par exemple, les quatre CSSS avaient un service de gestion de cas, mais le modèle pouvait être mixte ou hybride. Certains travailleurs sociaux des SSAD étaient physiquement plus près des usagers, par exemple, un site unique, à côté du centre de jour ou du service de prélèvement, ce qui pouvait amener plus de contacts avec certains usagers tandis que d'autres travailleurs sociaux avaient un bureau situé loin des services pour les usagers des SSAD. Quant aux usagers desservis, la même réalité a été observée. L'ensemble des travailleurs sociaux intervenaient auprès d'usager provenant d'autres programmes (ex. : déficience physique) et recevant des SSAD.

D'autres forces et limites sont liées à la participation des travailleurs sociaux. Il faut souligner que lors de la consultation d'experts de type Delphi (objectif spécifique 1) nous avons été en mesure de recruter des travailleurs sociaux de quatorze des dix-huit régions administratives du Québec. Nous avons aussi pu rejoindre des bacheliers, des détenteurs de maîtrise, et des membres de l'ordre ayant de l'expérience auprès des personnes âgées. Cette participation amène ainsi une très bonne représentativité des milieux de pratique. En revanche, au moment de cette partie de l'étude, en 2007, le titre de travailleur social était réservé aux membres de l'OTSTCFQ, ce qui signifie qu'un certain nombre de personnes admissibles à notre étude n'ont pas été rejointes car elles n'étaient pas membres de l'OTSTCFQ. Cependant, les effectifs du réseau de la santé représentent deux tiers des membres de l'Ordre (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009c). De plus, il n'y a pas de disparités entre les membres et les non membres dans leurs formations initiales ou dans leurs fonctions. La seule différence réside dans le fait que les membres de l'Ordre sont soumis à une inspection professionnelle pour évaluer la qualité de l'acte.

Lors de l'étude pilote (objectif spécifique 3), nous avons aussi obtenu une très bonne participation puisque huit des dix travailleurs sociaux du soutien à domicile du CSSS-IUGS ont participé à l'étude de temps et mouvements. Ce volet pilote s'est concentré sur les huit travailleurs sociaux qui avaient une tâche similaire tandis qu'une personne à temps partiel et une autre couvrant deux programmes n'ont pas été invitées à participer. Pour l'étude principale, la procédure de recrutement n'a pas pu être appliquée comme souhaitée, c'est-à-dire en rencontrant les travailleurs sociaux lors d'une rencontre de groupe pour les informer du projet, répondre à leurs interrogations et recueillir les noms des personnes intéressées. Il n'a pas été possible de procéder ainsi pour deux CSSS puisque l'équipe ne se réunissait pas sur une base régulière. Dans ces cas, le ou la gestionnaire responsable a diffusé de la documentation écrite sur le projet et les personnes intéressées pouvaient communiquer avec la chercheure principale. Par contre, les travailleurs sociaux qui avaient des questionnements ou des craintes par rapport à la portée du projet ou concernant la technologie utilisée n'ont pu recevoir une réponse rapide et ont pu être plus enclin à décliner l'invitation à participer. Ainsi, le ou la gestionnaire a peut-être induit, de façon non intentionnelle, un biais de sélection en ne diffusant pas la documentation aux travailleurs

sociaux qu'il ou elle percevait peu intéressés ou incrédules quant au sujet de l'étude. Au total, dans les quatre CSSS recrutés, treize travailleurs sociaux ont refusé de participer. Les raisons invoquées étaient un manque de temps, un manque d'intérêt, une non disponibilité pendant la période d'étude (ex. : départ prochain pour un congé de maternité) une réticence à l'utilisation de la technologie (*iP*od touch), et un certain scepticisme sur les études de temps et mouvements. Parmi ceux qui ont refusé, sept travailleurs sociaux comptaient plus de vingt ans d'expérience en travail social, ce qui les distingue des participants. Par contre, la moitié des travailleurs sociaux dans le réseau de la santé et des services sociaux sont maintenant âgés entre 25 et 39 ans (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009c), ce qui se rapproche de l'âge moyen des participants de notre étude, soit 36 ans.

Par ailleurs, le recrutement des personnes âgées a aussi fait l'objet d'ajustements puisqu'un écart a été observé entre ce qui était prévu et la réalité de la pratique. À la demande du comité d'éthique, il avait été déterminé que les travailleurs sociaux informeraient, au fur et à mesure, les personnes âgées ayant reçu une intervention de leur part de la tenue de l'étude. Ils devaient aussi vérifier l'accord de la personne âgée ou de son représentant, à ce qu'un membre de l'équipe de recherche communique avec eux pour vérifier leur intérêt à participer à l'étude et dans l'affirmative, les recruter. Dès le commencement de l'étude, nous avons observé, que dans le feu de l'action, certains travailleurs sociaux oubliaient d'informer la personne ou son proche de l'étude ou sélectionnaient les personnes âgées selon leurs propres critères (ex. : le niveau de collaboration ou d'autonomie de la personne), introduisant ainsi un potentiel biais de sélection (Berkman et al., 1999). Pour corriger cette situation, nous avons offert un soutien aux travailleurs sociaux en simplifiant la tâche. Un relevé des dossiers traités pendant l'étude de temps et mouvement a été constitué. Nous avons ensuite rencontré chaque travailleur social pour vérifier avec lui les sujets non admissibles et lui demander de prendre contact avec les autres personnes. Ce suivi plus serré nous a permis d'obtenir un taux de participation satisfaisant de 77 %. Sur les 221 personnes âgées jugées admissibles par les travailleurs sociaux, seulement 36 personnes ont refusé. En raison de situations particulières (ex. : hospitalisation prolongée), quatorze personnes jugées admissibles non pas été rencontrées pour une entrevue à domicile.

Un aspect positif de l'étude concerne l'inclusion des personnes présentant des troubles cognitifs ce qui a permis d'obtenir un portrait plus complet des aînés qui reçoivent des SSAD. Cependant, un certain nombre de personnes, en raison de la gravité de leurs troubles cognitifs, ne pouvaient pas participer à l'entrevue et répondre par elles-mêmes au questionnaire. Nous avons ainsi eu recours à une tierce personne pour répondre à leur place. Cette personne était un proche aidant. Celui-ci a la possibilité d'observer et d'accéder aux sentiments, aux réactions et aux émotions, ce qui peut amener une réponse satisfaisante (Von Essen, 2004). Il n'y a pas de consensus sur les sujets qui peuvent être évalués ou non par une tierce personne (Long, Sudha, & Mutran, 1998). Par contre, certaines mesures peuvent être appliquées pour obtenir une mesure similaire à celle du sujet lui-même (Ball, Russell, Seymour, Primrose, & Garratt, 2001). Par exemple, nous avons privilégié les questions oui/non plutôt que les questions qui visent à quantifier la satisfaction de la personne. L'évaluation de ce que la personne fait (ex. : SMAF) plutôt que de son potentiel est aussi recommandée (Magaziner, Zimmerman, Gruber-Baldini, Hebel, & Fox, 1997). L'utilisation d'instruments valides pour mesurer des concepts plus subjectifs comme le fonctionnement social et l'autonomisation a été privilégiée (Sneeuw, Sprangers, & Aaronson, 2002) à l'entrevue semi-structurée. Les questions portant sur les émotions, la fatigue ou la douleur n'ont pas été abordées puisqu'elles sont plus difficiles à évaluer par une autre personne (Pickard et al., 2004). Notons que le jugement du proche aidant pourrait avoir été influencé par son sentiment de fardeau élevé et ses symptômes dépressifs (Loewenstein et al., 2001). Toutefois, dans le cadre cette étude, le sentiment de fardeau était léger à modéré selon l'échelle du fardeau de Zarit.

Comme mentionné dans l'article 3, ce ne sont pas tous les proches aidants identifiés par les personnes âgées ou le travailleur social qui ont répondu au questionnaire autoadministré qui leur était destiné. Pour s'assurer d'un bon taux de réponse, une lettre accompagnait le questionnaire afin de donner des explications sur l'étude, les coordonnées d'une personne capable de répondre aux questions et une enveloppe préaffranchie (Fink, 2006). Malgré la possibilité de communiquer avec un membre de l'équipe pour obtenir des informations supplémentaires, très peu de proches aidants se sont prévalus de ce service. Dans quelques cas, cela a peut-être affecté la précision de certaines réponses. En contrepartie, le fait de

répondre par soi-même peut avoir diminué le biais de désirabilité sociale (Bowling, 2005). Le terme proche aidant et les types de soutien fournis par ceux-ci n'ont pas été clairement définis dans la lettre. Il se peut que certaines personnes ne se soient pas senties concernées par ce phénomène. En effet, certains proches aidants ne s'identifient pas facilement à ce rôle, ce qui peut être un élément qui freine le recours aux services formels et dans ce cas-ci, à la participation au projet de recherche (Ducharme, 2011). Toutefois, avec un questionnaire assez court et une relance téléphonique, un taux de participation de 84 % a été obtenu, ce qui est aussi satisfaisant que le taux de réponse d'une entrevue face à face (Bowling, 2005).

Enfin, un autre aspect témoignant de la solidité de l'étude réside dans les entrevues à domicile qui étaient constituées d'instruments de mesure préalablement sélectionnés par un groupe d'experts, assurant ainsi, la validité apparente. Des questions ont également été incluses pour obtenir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, la composition du réseau social et l'utilisation de services de santé. Notons aussi une attention particulière portée aux intervieweurs afin de minimiser le biais d'information. Ils ont tous reçu une formation de mise à niveau en groupe. Même si un grand nombre d'intervieweurs avaient de l'expérience avec la plupart des instruments de mesure, une formation de deux jours a permis de revoir toutes les consignes pour administrer les outils, faire des exercices pour vérifier la compréhension et pour calibrer les réponses. Enfin, un suivi avec chaque membre de l'équipe a été fait suivant les entrevues à domicile pour vérifier et corriger, s'il y a lieu, les données collectées.

5.3 Retombées de l'étude

Deux des cinq objectifs spécifiques de l'étude visaient la mesure du temps consacré par les travailleurs sociaux à effectuer leurs différentes activités. Il s'agit de la première étude à offrir des données probantes sur le temps fourni par les travailleurs sociaux dans les SSAD. Comparativement aux méthodes utilisées jusqu'à maintenant, c'est aussi la première à avoir utilisée une méthodologie rigoureuse de mesure basée sur l'utilisation d'outils informatiques (Baginsky et al., 2010).

Notre démarche démontre qu'il est possible de mesurer de façon rigoureuse et complète la charge de travail des travailleurs sociaux. Ces résultats apportent un éclairage objectif beaucoup plus détaillé sur la fréquence et le temps consacré aux activités. Cette précision liée à la description des sous-catégories d'activités, par exemple, les interactions avec les autres professionnels, la rédaction, les rencontres, la recherche de nouveaux services et les déplacements amènent des indications supplémentaires qui permettent de mieux comprendre l'ensemble de la charge de travail et non pas seulement sur les activités dites significatives ou directes comme celles présentées dans le système d'information I-CLSC.

Dans le contexte de l'optimisation des ressources humaines et des processus de travail promue par le MSSS, certains de nos résultats peuvent contribuer à la réflexion en cours concernant les actions qui devraient être prises pour augmenter la productivité. Dans ce même ordre d'idées, la participation à une étude de temps et mouvements peut amener une pratique réflexive chez les travailleurs sociaux sur les activités accomplies, l'offre de service et la gestion du temps. La rétroaction rapide des résultats permet une réorganisation du travail adaptée aux réalités du travail social au soutien à domicile. Si ce type d'opération était utilisé à des fins d'amélioration continue et non pas comme une mesure de contrôle, l'utilisation de cette méthode et les données obtenues pourraient peut-être donner la possibilité aux gestionnaires de réaliser des gains de productivité, et aux intervenants d'améliorer leur contexte de travail.

L'étude a également permis de connaître les caractéristiques qui ont une influence sur le temps fourni par les travailleurs sociaux. Ces informations peuvent être utiles à la planification de leurs actions. Par exemple, sachant que l'hospitalisation et les événements marquants ne sont pas souvent prévisibles, des périodes de disponibilités pourraient être prévues pour soutenir les usagers qui vivent ces situations (Baginsky et al., 2010; Sheridan, 1988). Concernant le nombre de problèmes de santé, ce résultat peut aussi amener un éclairage intéressant sur l'établissement de critères pour départager l'attribution de dossiers à un technicien ou à un bachelier en travail social. En effet, actuellement, la complexité et l'intensité de services semblent être des critères pour attribuer un dossier à un technicien ou à un bachelier. Par exemple, pour le CSSS-IUGS, une personne qui a peu de problèmes de

santé représente un dossier de faible intensité. Or, dans notre étude, les personnes ayant moins de problèmes de santé ont reçu plus de temps que ceux qui en présentaient beaucoup. Jusqu'à maintenant, la complexité et l'intensité sont des concepts définies assez largement dans la littérature professionnelle (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2009). Sans avoir étudié spécifiquement la complexité, l'étude a permis d'identifier certaines variables à considérer dans la gestion de la charge.

5.4 Avenues futures de recherche

Compte tenu de la complexité de ce sujet et des limites de l'étude, d'autres éléments de la charge de travail pourraient être explorés dans le futur. Les prochains paragraphes aborderont des avenues futures de recherche.

Une première avenue concerne l'exhaustivité de la liste d'activités. Il pourrait être pertinent dans d'autres études de temps et mouvements d'ajouter le motif de l'intervention. Par exemple, la note évolutive ou chronologique est l'activité la plus souvent exécutée. Toutefois, la note évolutive peut être une note de prise de contact, de suivi ou de fermeture de dossier. Généralement, la note de fermeture prend plus de temps que la note de suivi. Le même phénomène a été observé pour le suivi psychosocial, c'est-à-dire que la définition de cette activité était large. Dans une recherche subséquente, cette activité pourrait être accompagnée du motif pour lequel le suivi a été fait. Le travailleur social peut faire un suivi auprès de la personne âgée pour s'assurer de la mise en place de services, pour donner une information ou pour la soutenir dans une situation de deuil.

En revanche, certaines activités pourraient être regroupées pour réduire la liste et faciliter la cueillette de données. Les discussions de cas avec un membre du CSSS, que ce soit un intervenant, un médecin ou un chef d'unité pourraient être regroupées tout en conservant séparément l'accomplissement de l'activité en présence ou au téléphone. Les trois types de déplacements qui ne sont pas pour un usager pourraient aussi être combinés. Ces suggestions sont valables si on refait une étude avec des objectifs similaires. Par contre, si

ce sont les relations entre le travailleur social et les différents membres de l'équipe que l'on veut étudier, il vaut mieux laisser les activités séparées ou même de les bonifier.

D'autres projets pourraient s'intéresser au respect des normes de pratique. Par exemple, malgré la présence de normes de rédaction, celles-ci ne semblent pas toujours respectées. Certains travailleurs sociaux font des notes très détaillées, parfois causées par une pratique plus défensive. D'autres résument à l'intérieur d'une seule note plusieurs interventions. Revoir certaines normes de pratiques pourrait amener une certaine uniformité et une plus grande qualité.

Les données issues de cette étude sont nombreuses et une partie de celles-ci n'ont pas été exploitées. Pour les fins de cette thèse, l'accent a été mis sur le temps fourni aux personnes âgées de plus de 65 ans. Toutefois, tous les travailleurs sociaux avaient une mixité de clientèle à l'intérieur de leur charge de cas. Ils intervenaient tous auprès d'usagers de d'autres programmes (ex. : déficience physique, soins palliatifs, déficience intellectuelle, santé mentale) des SSAD. Il serait alors intéressant d'analyser si les activités effectuées auprès des autres usagers diffèrent de celles faites auprès des 65 ans et plus ou si les mêmes tendances sont observées. Quant aux caractéristiques des usagers des autres programmes, elles n'ont pas été évaluées dans le cadre de cette étude. Ces personnes reçoivent toutes des SSAD, mais peuvent vivre différentes réalités et avoir des besoins spécifiques. Le travailleur social qui intervient auprès de personnes de différents programmes peut vivre des dilemmes éthiques (Egan & Kadushin, 2002). Par exemple, il peut être difficile de prioriser entre une mère de famille de 40 ans, mourante, qui vit une situation de crise en raison d'un fonctionnement familial perturbé et un homme âgé de 84 ans atteint de la maladie d'Alzheimer, vivant seul à domicile parce que son épouse, sa principale proche aidante, est présentement à l'urgence du CH. Si les milieux de pratique privilégient que les travailleurs sociaux des SSAD soient polyvalents et généralistes, une étude de plus grande envergure où tous les usagers seraient évalués permettrait l'obtention d'un portrait plus généralisable des éléments qui influencent la charge de travail.

Ce premier portrait des éléments qui affectent la charge de travail amène bien sûr d'autres questions. Est-ce que les travailleurs sociaux peuvent utiliser leur temps autrement? Est-ce que les tâches actuellement réalisées sont en lien avec le rôle et le mandat des intervenants? Sont-elles influencées par la présence des autres professionnels? Est-ce qu'il y a des tâches qui ne sont pas du ressort de ces professionnels? Pour répondre à ces questions, des auteurs proposent de procéder à une analyse du flux des activités afin de simplifier certains processus de travail (Grube & Chernesky, 2001; Mador & Shaw, 2009; Ozcan, 2005; Tang et al., 2007). En évaluant les activités successives qui sont réalisées dans le cadre d'un processus, comme la planification de congé, cette méthode permet de vérifier s'il y a de la duplication de tâches avec d'autres professionnels, des tâches improductives qui peuvent être éliminées, ou s'il y a des activités plus techniques ou cléricales qui peuvent être déléguées à un TTS ou à du personnel de soutien (Cesta, 2005). En décortiquant les séquences d'un processus, cette méthode pourrait mettre en lumière, par exemple, les autres tâches administratives qui ont été effectuées souvent (nommées à 302 reprises) dans cette étude. Le but ultime de la simplification d'un processus, comme la planification de congé, est de faire le travail avec moins d'effort, en moins de temps, à moindre coût et de manière mieux planifiée (Ozcan, 2005).

Pour les fins des modèles de régression multiniveaux, les données issues d'un usager ont dû être retirées parce qu'elles étaient très éloignées de celles des autres. Dans cette situation précise, la travailleuse sociale avait fourni 35 heures à cette personne et à ses proches pendant les dix jours de collecte de données. C'est un phénomène qui est possible en travail social où les interventions reliées à un dossier sont très nombreuses et monopolisent beaucoup de temps. Il serait intéressant d'analyser les caractéristiques de cette personne âgée de même que l'ensemble des actions de la travailleuse sociale à l'aide de la méthode d'étude de cas unique.

5.5 Conclusion

Cette étude, composée de cinq objectifs spécifiques, a tout d'abord permis d'identifier et de mesurer les variables essentielles pour capter les caractéristiques et les besoins

psychosociaux susceptibles d'influencer la charge de travail des travailleurs sociaux. Les variables et les instruments de mesure ont été sélectionnés par des travailleurs sociaux lors d'une consultation d'experts de type Delphi et d'un groupe de discussion focalisée. Grâce à ces méthodes, la validité de contenu et la validité apparente ont pu être vérifiées.

L'étude visait également le développement d'une liste d'activités en travail social et la réalisation d'une étude de temps et mouvements auprès de travailleurs sociaux. La liste d'activités a été validée et la faisabilité d'une étude de temps et mouvements en continu a été démontrée lors d'une étude pilote dans un CSSS du Québec. Une étude de temps et mouvements en continu a été refaite auprès de douze travailleurs sociaux de quatre CSSS. Il a donc été possible d'estimer le temps fourni par les travailleurs sociaux avec une méthode réputée pour être la plus rigoureuse dans le domaine.

Enfin, l'étude de l'association entre les différentes caractéristiques et le temps total fourni s'est effectuée avec des analyses de régression multiniveaux effectuées à partir des données collectées auprès de 171 personnes âgées. Ces analyses ont permis d'identifier trois variables liées aux personnes âgées qui avaient une influence sur le temps total fourni, soient le nombre de problèmes de santé, avoir vécu un événement significatif dans la dernière année et avoir été hospitalisé dans la dernière année. Le rythme de travail perçu, une variable liée au travailleur social, amène aussi une part d'explications du lien entre le temps total fourni et l'hospitalisation récente de l'usager.

Comme discutée dans cette thèse, la charge de travail peut être étudiée sous différents angles. Une approche quantitative a été privilégiée pour 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 démontrent qu'il est possible d'étudier ce sujet complexe.

Cette étude contribue à l'avancement des connaissances sur la charge de travail des travailleurs sociaux dans le contexte québécois des SSAD. De plus, elle peut contribuer à la

réflexion actuelle dans le cadre des projets d'optimisation qui touchent les SSAD en amenant un portrait complet des activités effectuées et de l'utilisation du temps. Les caractéristiques identifiées 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. En ce sens, les résultats peuvent bonifier les façons de faire dans les SSAD.

Cette étude constitue une première étape de recherche dans la compréhension des caractéristiques des usagers et des travailleurs sociaux qui peuvent influencer la charge de travail. D'autres études seront nécessaires pour identifier d'autres variables qui amèneront une explication supplémentaire sur le temps fourni aux personnes âgées dans les SSAD.

REMERCIEMENTS

Ce parcours de maîtrise avec le passage au doctorat n'aurait pas été possible sans le soutien de nombreuses personnes. Tout d'abord, j'aimerais remercier chaleureusement mes directeurs. Nicole, ta confiance en moi, ton amitié, ton soutien et ton souci de faire de la recherche qui a un réel impact sur les pratiques ont été pour moi une source d'inspiration et de motivation. Merci d'avoir partagé tes aspirations avec moi. Réjean, tes conseils, ta vision et ton énergie m'ont donné un élan tant au plan personnel que professionnel. Marie-France, je tiens à souligner ta rigueur, ta disponibilité, ton sens critique et pratique qui m'ont aidé à me centrer sur les éléments essentiels.

En bonne travailleuse sociale, j'ai mis en pratique ce que l'on recommande à ceux qui viennent nous consulter, c'est-à-dire l'importance de bien s'entourer et d'avoir du soutien de la part de son entourage.

Au plan professionnel, un merci particulier à Lise Trottier, statisticienne, pour m'avoir accompagné dans toutes les étapes d'analyses. Merci pour ton enseignement et d'avoir été en mesure de calmer quelques angoisses! Je tiens également à remercier Michel Berthiaume, professeur titulaire au Département de systèmes d'information et méthodes quantitatives de gestion de la Faculté d'administration pour sa grande contribution dans le développement de TEDDI et pour sa disponibilité.

Pour mener à terme ce projet, plusieurs personnes y ont travaillé à une étape ou à une autre. Je tiens aussi à témoigner de ma gratitude aux stagiaires et aux techniciens de recherche : Anik Girard, Eve-Lyne Robitaille-Beaumier, Camille Gauthier-Boudreault, Marie-Ève Dugas, Matthew Fortin, Josiane Papineau-Larocque et à l'équipe d'évaluateurs : Roger Laplante, Christiane Côté, Christiane Gagnon, Aline Lavoie, Rachel Villeneuve, Dany Simard, Diane Morin, Janine Dupont. J'aimerais aussi remercier Cinthia Corbin, Murielle Labbée et ma sœur Claudia pour l'aide pour corriger la thèse et la traduction.

Enfin, un merci sincère au personnel de l'équipe de soutien du Centre de recherche sur le vieillissement, Lucie et Jade, de même que les techniciens informatiques Martin, Rémy et Marc-Antoine.

Je tiens à souligner le soutien indéfectible à mes employeurs, le CSSS-IUGS et le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke pour m'avoir permis de prendre des congés pour mes études et d'aménager mon horaire de travail.

D'un point de vue personnel, j'aimerais souligner l'appui de plusieurs amis qui m'ont aidé à garder un équilibre de vie en partageant des voyages, des activités sportives, des discussions et bien des soupers. Mille mercis à Monique, Nathalie, Jocelyne, Linda, Guylaine, Marie-Josée H., Marie-Pier, Marie-Josée M., Julie, Véronique et mes complices du baccalauréat en service social. À mes compagnons du doctorat, Catherine, je suis bien privilégiée d'avoir partagé cette aventure avec toi et à Michel, tes encouragements et les jasettes sur la recherche et la vie ont été précieux!

J'aimerais remercier mes parents d'avoir été des bons guides dans ma vie. C'est lorsqu'on entreprend des projets à long terme que l'on se rend compte de l'importance de certaines valeurs comme le courage et la ténacité et que le travail et l'effort sont essentiels pour atteindre ses buts.

Je n'aurais pas été en mesure de réaliser ce retour aux études sans l'appui financier des organismes suivants : Équipe SOLIDAGE-PRISMA des sur la fragilité et le vieillissement, Le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), les Instituts de recherche en santé du Canada, le réseau québécois de recherche sur le vieillissement et son réseau de formation interdisciplinaire en recherche sur la santé et le vieillissement, l'Université de Sherbrooke, le Centre de recherche sur le vieillissement et le CSSS-IUGS.

J'aimerais également souligner l'apport financier des instances qui ont permis la réalisation des différents objectifs de l'étude. D'abord, la Fondation canadienne de la recherche sur les

services de santé dans le cadre du programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie pour la consultation d'experts de type Delphi et le groupe de discussion focalisée. La Fondation Vitae et le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke pour le développement de TEDDI adapté au travail social. Enfin, le programme de consolidation des profils Iso-SMAF du MSSS qui a permis l'embauche d'une équipe d'évaluateurs et de techniciens de recherche pour la réalisation de l'étude auprès de douze travailleurs sociaux de quatre CSSS et de 171 personnes âgées.

LISTE DES PUBLICATIONS

Abramowitz, S., Obten, N., & Cohen, H. (1998a). Measuring case management for management for families with HIV. *Social Work in Health Care, 27*(3), 29-41.

Abramowitz, S., Obten, N., & Cohen, H. (1998b). Measuring HIV/AIDS case management. *Social work in health care, 27*(3), 1-27.

Alie, G., Meunier, N., & Desnoyers, J. (2011). *L'implantation des profils ISO-SMAF dans la région des Laurentides :Exploitation régionale et locale.* Conférence présentée au congrès international Démarche SMAF, Chateau Frontenac, Québec.

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux. (2010). Grand dossier-Organisation du travail, téléchargé le 1 avril 2010, de http://www.aqesss.qc.ca/681/Accueil.aqesss

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux. (2011). *6 cibles pour faire face au vieillissement de la population* :AQESSS. Direction de l'organisation des services et de la qualité.

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux. (2012a). Optimisation en soutien à domicile *Stratège: Tableau de bord stratégique* téléchargé le 18 janvier 2013, de http://www.aqesss.qc.ca/fr/istratege-index.aspx?sortcode=1.7.9.10&id_article=2168

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux. (2012b). *Pour une véritable politique gouvernementale sur le vieillissement* :AQESSS. Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires.

Baginsky, M., Moriarty, J., Manthorpe, J., Stevens, M., MacInnes, T., & Nagendran, T. (2010). *Social Workers' Workload Survey. Messages fron the Frontline. Findings from the 2009 Survey and Interviews with Senior Managers.* The Social Work Task Force: Secretaries of State for Health, and Children, Schools and Families.

Ball, A. E., Russell, E. M., Seymour, D. G., Primrose, W. R., & Garratt, A. M. (2001). Problems in using health survey questionnaires in older patients with physical disabilities. Can proxies be used to complete the SF-36? *Gerontology, 47*(6), 334-340.

Barbeau, C. (2000). *Les cadres de références de la pratique psychosociale en CLSC.* Maître ès sciences (M.Sc.) en service social, mémoire, Université de Montréal, Montréal.

Ben-Zur, H., & Micheal, K. (2007). Burnout, social support, and coping among social workers, psychologists and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care, 45*(4), 63-82.

Benjamin, A. E., & Naito-Chan, E. (2006). Home Care Settings. Dans B. Berkman (Ed.), *Handbook of Social Work in Health and Aging* (pp. 423-434). New York: Oxford University Press.

Bergeron, D., & Robert, M. (2007). Plaidoyer pour un travail...social! *Intervention* (127), 110-116.

Berkman, B., Chauncey, S., Holmes, W., Daniels, A., Bonander, E., Sampson, S., & Robinson, M. (1999). Standardized screening of elderly patients' needs for social work assessment in primary care: use of the SF-36. *Health and Social Work, 24*(10), 9-16.

Berkman, B., Gardner, D., Zodikoff, B., & Harootyan, L. (2006). Social work and aging in the emerging health care world. *Journal of Gerontological Social Work, 48*(1/2), 203-217.

Berkman, B., & Maramaldi, P. (2001). Use of standardized measures in agency based research and practice. *Social Work & Health Care, 34*(1-2), 115-129.

Bernie-Marino, S. (2004). Selected problems counseilling the elderly. Dans M. J. Holosko & M. Feit (Eds.), *Social Work Practice with the Elderly* (pp. 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. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 35*(1), 43-53.

Boily, M., & Bourque, S. (2011). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social.* Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec..

Boudreault, J., & St-Onge, M. (2007). L'évaluation des premiers mois d'implantation d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie. *Service social, 53*(1), 1-23.

Bourgon, M., & Gusew, A. (2007). L'intervention individuelle en travail social. Dans J.-P. Deslauriers & Y. Hurtubise (Eds.), *Introduction au travail social* (Deuxième éd., pp. 93-116). Québec: Presses de l'Université Laval.

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.

Bourque, D., Lachapelle, R., & Marchand, F. (2009). Le processus de Création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) *Monographie du CSSS du Sud-Ouest de Verdun*: Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CROC), Groupe de recherche et d'interventions régionales (GRIR), Laboratoire de recherche sur les pratiques et politiques sociales (LAREPPS).

Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health, 27*(3), 281-291.

Brun, J.-P. (2009). Contrôler la charge de travail. Dans J.-P. Brun (Ed.), *Les 7 pièces manquantes du management* (pp. 117-136). Montréal: Les Éditions Trancontinental.

Burke, T. A., McKee, J. R., Wilson, H. C., Donahue, R. M. J., Batenhorst, A. S., & Pathak, D. S. (2000). A Comparison of time-and-motion and self-reporting methods of work measurement. *Journal of Nursing Administration, 30*(3), 118-125.

Camirand, J., & Fournier, C. (2012). *Vieillir en santé au Québec: portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010.* Dans Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Ed.), Zoom santé .Institut de la statistique du Québec.

Canadian Association of Occupational Therapist. (2011). *Caseload management planning tool in occupational thetapy, physiotherapy and speech-language pathology in Canada.* Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapist, Canadian Physiothepay Association, Canadian Association of Speech-Language Pathologists & Audiologists.

Carrière, G. (2006). *Seniors' use of home care. Health Reports /* Statistics Canada, Canadian Centre For Health Information, *17*(4), 43-47.

Cesta, T. (2005). Avoid overload: Assign cases based on workload, model and role functions. *Hospital Case Management, 13*(7), 97-101.

Cleak, H. (2002). A model of social work classification in health care. *Australian Social Work, 55*(1), 38-49.

CLSC de Sherbrooke. (2004). *Les intervenants psychosociaux au coeur de la complexité. Cadre de référence des Intervenants psychosociaux.* Sherbrooke.

CLSC Kateri. (2000). *Indicateurs de la charge de cas spécifiques au service social.* Montréal

CLSC Mercier-Est/Anjou. (2005). *Cadre de référence de la pratique psychosociale: Services à domicile et de la prévention aux aînés.* Montréal.

CLSC Verdun/Côte Saint-Paul. (1999). *Indicateurs de la charge de cas et de la charge de travail universels et spécifiques aux intervenants sociaux, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes et nutritionniste des services aux personnes en perte d'autonomie au CLSC Verdun/Côte Saint-Paul.* Montréal.

Cole, D., Panchanadeswaran, S., & Daining, C. (2004). Predictors of job satisfaction of licensed social workers: Perceived efficacy as a mediator of the relationship between workload and job satisfaction. *Journal of Social Service Research, 31*(1), 1-12.

Conseil des aînés du Québec. (2008). *Pour un équilibre vital: Des responsabilités équitables* Avis sur l'état de situation des proches-aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Québec: Gouvernement du Québec.

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.

Couturier, Y., & Carrier, S. (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social: un débat émergent. *Nouvelles pratiques sociales, 16*(2), 68-79.

CSSS du Granit. (2012). *Soutien à domicile.* Téléchargé le 8 août 2012, de http://www.csssgranit.qc.ca/fr/services/soutien_domicile.php

CSSS du Haut Saint -François. (2010). *Services de soutien à domicile.* Téléchargé le 8 août 2012 de http://www.cssshsf.com/perte-dautonomieet-deficiences/soutien-a-domicile.html

CSSS Jardins-Rousillon. (2010). *Cadre de référence de la pratique psychosociale au soutien à domicile.* Châteauguay

Curran, V. (2004). *La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient* . Document de synthèse de recherche. Téléchargé le 4 avril 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/synth-fra.php

Curtis, L. (2007). Unit Costs of Health and Social care (218 p.). Canterbury: Personal Social Services Research Unit.

Curtis, L., Moriarty, J., & Netten, A. (2010). The Expected Working Life of a Social Worker. *British Journal of Social Work, 40*(5), 1628-1643.

De Robertis, C. (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social.* Paris: Bayard.

Dechêne, G., Mégie, M.-F., & Arcand, M. (2007). Soins à domicile. Dans M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis Pratique de Gériatrie* (pp. 1165-1176). Ste-Hyacinthe/Paris: Edisem/Maloine.

Delli-Colli, N., Dubuc, N., Veilleux, N., & Gauthier, L. (2010). *Description des activités réalisées par le service social de trois programmes-services au CSSS-IUGS: une étude de temps et mouvements.* Programme de recherche clinique de la fondation du CSSS-IUGS. Rapport de recherche présenté à la DSPPAPA du CSSS-IUGS.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quaterly, 83*(4), 691-729.

Douville, L. (1993). Case management: Predicting activity patterns. *Journal of Gerontological Social Work, 20*(3/4), 43-55.

Dubuc, N., Boissy, P., Bourque, M., Potvin, J., Buteau, M., & Berthiaume, M. (2002). *TEDDI: un outil informatisé d'aide à la décision pour la réorganisation des soins infirmiers en centre d'hébergement et de soins de longue durée.* Actes des 9ième journée Journées Franconphones d'informatiques Médicale, Québec.

Dubuc, N., Delli-Colli, N., Bonin, L., & Tousignant, M. (2007). Les profils Iso-SMAF: Un système pour soutenir les réseaux de services intégrés. *Le système sociosanitaire au Québec* (pp. 245-262). Montréal: Geatan Morin éditeur.

Dubuc, N., Leblanc, S., & Ferland, P. (2006). *Les profils Iso-SMAF et l'organisation des services.* Conférence présentée au 4e Colloque PRISMA. L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Sherbrooke.

Dubuc, N., Tousignant, M., Hébert, R., Buteau, M., & Coulombe, C. (2002). *Rapport numéro 3: Les services de soins infirmiers, d'assistance, de surveillance et de soutien requis et fournis et estimation des coûts de ces services et les services professionnels fournis Évaluation clinique et estimation des coûts sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval* (pp. 146): Centre de recherche sur le vieillissement

Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées: Enjeux, défis et stratégies.* Montréal: Beauchemin, Chenelière éducation.

Ducharme, F. (2011). *Aider un proche au quotidien. Trucs et astuces au quotidien.* Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Ministère de la famille et des aînés du Québec.

Egan, M., & Kadushin, G. (2002). Ethical Conflicts Over Access to Services: Patient Effects and Worker Influence in Home Health. *Social Work in Health Care, 35*(3), 1-21.

Evans, S., & Huxley, P. (2009). Factors associated with the recruitment and retention of social workers in Wales: Employer and employee perspectives. *Health and Social Care in the Community, 17*(3), 254-266.

Fink, A. (2006). *How to conduct surveys: A Step- by- Step Guide* (Third ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Fiorentine, R., & Grusky, O. (1990). When case managers manage the seriously mentally ill: A role-contingency approach. *Social Service Review, 64*(1), 79-93.

Fogler, S. (2009). Using conflict theory to explore the role of nursing home social workers in home and community-based service utilization. *Journal of Gerontological Social Work, 52*(8), 859-869.

Friedman, A. B. (1990). Hospital social work information system. *Computer Literacy in Human Services, 6*(1-3), 169-180.

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.

Gellis, Z., D. (2006). Older adults with mental and emotional problems. Dans B. Berkman (Ed.), *Handbook of Social Work In Health and Aging* (pp. 129-140). New York: Oxford University Press.

Gellis, Z., Kim, J., & Hwang, S. (2004). New York State case manager survey: Urban and rural differences in job activities, job stress, and job satisfaction. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 31*(4), 430-440.

Giasson, M., & Beaulieu, M. (2004). Le respect de l'autonomie: Un enjeu éthique dans l'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités. *Intervention* (120), 98-120.

Gonyea, J. G. (2006). Housing, health and quality of life. Dans B. Berkman (Ed.), *Handbook of Social Work in health and Mental Health* (pp. 559-568). New York: Oxford University Press.

Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Moore, K. A. (2003). Reactions to Increased Workload: Effects on Professional Efficacy of Nurses. *Applied Psychology: An International Review, 52*(4), 580-597.

Grube, B., & Chernesky, R. H. (2001). HIV/AIDS case management tasks and activities: The results of a functional analysis study. *Social Work in Health Care, 32*(3), 41-63.

Harris, M. (1993). Quality and accountability in community services: Performance indicators and outcome measures, their value and limitations. Dans J. Inglis & L. Rogan (Eds.), *Beyond swings and rounabouts* (pp. 123-137). Marrackville: Southwood Press.

Hébert, M., Durivage, P., Freitas, Z., & Nour, K. (2008). Les enjeux des intervenants psychosociaux dans la pratique de soins palliatifs à domicile: L'expérience de deux CLSC. *Intervention* (129), 102-110.

Hébert, R. (2007). Organisation des services aux personnes âgées. Dans M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de Gériatrie* (Troisième ed., pp. 1193-1211). St-Hyacinthe/Paris: Edisem/Maloine.

Hébert, R. (2009). Home care: From adequate funding to integration of services. *Healthcare Papers, 10*(1), 58-64.

Hébert, R., Raîche, M., Dubois, M. F., Gueye, N. R., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 65B*(1), 107-118.

Herjean, P. (2006). L'approche multiniveau de la santé. *Cahiers de géographie du Québec, 50*(141), 347-355.

Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Vieillissement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée.* Québec:Gouvernement du Québec.

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. (2008a). Social work assessment of the individual in home health care. Dans G. Kadushin & M. Egan (Eds.), *Gerontological Home Heatlh Care. A guide for the social work practitioner* (pp. 83-112). New York: Coloumbia University Press.

Kadushin, G., & Egan, M. (2008b). The social work role in home health care. Dans G. Kadushin & M. Egan (Eds.), *Gerontological Home Health Care. A guide for the social work practitioner* (pp. 20-42). New York: Colombia University Press.

King, R. (2009). Caseload management, work-related stress and case manager self-efficacy among Victorian mental health case managers. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(5), 453-459.

King, R., Meadows, G., & Le Bas, J. (2004). Compiling a caseload index for mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(6), 455-462.

Larivière, C. (2007). La transformation des structures par la nouvelle gestion publique. Dans E. Baillergeau & C. Bellot (Eds.), *Les transformations de l'intervention sociale: Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités* (pp. 53-69). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Larivière, C. (2012). Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public? *Intervention* (136), 30-40.

Lauber, M. (1992). A taxanomy of a case management tasks in community mental health facilities. *Social Work Research and Abstract, 28*(3), 3-10.

Levin, C. (2000). Social Functioning. Dans R. L. Kane & R. A. Kane (Eds.), *Assessing older persons.* (pp. 170-199). New York: Oxford University Press.

Lin, Y. (2005). *The impact of the Prospective Payment System on psychiatric home health care for depressed older adults.* Ph.D., University of Pennsylvania. Téléchargée le 11/11/2009.http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://search.ebscohost.com

Loewenstein, D. A., Arguelles, S., Bravo, M., Freeman, R. Q., Arguelles, T., Acevedo, A., & Eisdorfer, C. (2001). Caregivers' judgments of the functional abilities of the Alzheimer's disease patient: A comparison of proxy reports and objective measures. *The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences, 56*(2), P78-P84.

Long, K., Sudha, S., & Mutran, E. J. (1998). Elder-proxy agreement concerning the functional status and medical history of the older person: The impact of caregiver burden and depressive symptomatology. *Journal of the american geriatrics society, 46*(9), 1103-1111.

Luke, D. A. (2004). *Multilevel Modeling.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Mador, R. L., & Shaw, N. T. (2009). The impact of a Critical Care Information System (CCIS) on time spent charting and in direct patient care by staff in the ICU: A review of the literature. *International Journal of Medical Informatics, 78*(7), 435-445.

Magaziner, J., Zimmerman, S. I., Gruber-Baldini, A. L., Hebel, J. R., & Fox, K. M. (1997). Proxy Reporting in Five Areas of Functional Status. *American Journal Of Epidemiology, 146*(5), 418-428.

Matte, G. (2000). Que restent-ils des suivis psychosociaux dans les services de maintien à domcile en CLSC? *Intervention* (111), 95-102.

Mc Guire, J., & Blue-Howells, J. (2005). How many social workers are needed in primary care? A patient-based needs assessment example. *Health & Social Work, 30*(4), 305-313.

Mills, C. S., & Ivery, C. (1991). A strategie for workload management in child protective practice. *Child Welfare, 70*(1), 35-43.

Ministère de la Famille et des Aînés. (2008). *Préparons l'avenir avec nos aînés. Rapport de consultation publique sur les conditions de vie des aînés.* Direction des relations publiques et des communications. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Famille et des Aînés, & Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec.* Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.* Québec:Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.* Québec:Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Un défi de solidarité. les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010.* Québec:Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009a). *Cadre normatif - Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC).* Québec:Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009b). *Les services d'aide à domicile et le chèque emploi-service.* Québec:Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009c). *Portrait de la main d'oeuvre dans le serteur des services sociaux.* Québec:Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Bulletin d'information présentant des statistiques de base sur l'hébergement et l'habitation des personnes âgées en perte d'autonomie.* Québec:Gouvernement du Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2003). *Chez soi: Le premier choix. La politique de soutien à domicile.* Québec:Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec.* Québec:Gouvernement du Québec.

Ministère des Finances du Québec. (2012). *Le Québec et ses aînés. Pour mieux vieillir chez soi Budget 2012-2013.* Québec:Gouvernement du Québec.

Ministères des Affaires municipales, Régions, & Territoires. (2012). *Plan d'action gouvernemental pour l'entreprenariat collectif. Partie 2: Profil régional des entreprises d'économie sociale en aide domestique. Estrie.* Québec:Gouvernement du Québec.

Mitchell, P., Ferketich, S., & Jennings, B. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship, 30*(1), 43-46.

Mitchell, P., & Lang, N. (2004). Framing the problem of measuring and improving healthcare quality: Has the Quality Health Outcomes Model been useful? *Medical Care, 42*(2), 111-114.

Moore, S. T. (1995). Efficiency in social work practice and administration. *Social Work, 40*(5), 602-608.

Needham, J. (1997). Accuracy in workload measurement: A fact or fallacy? *Journal of Nursing Management, 5*, 83-87.

Niebel, B. W., & Freivalds, A. (2003). *Methods, Standards and work design* (Eleventh Edition ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education.

North East London Foundation Trust. (2009). Capacity and Workload Management

Oandasan, I., Ross Baker, G., Barker, K., Bosco, C., D'amour, D., Jones, L., Way, D. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé: Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada.* Recommandations et synthèses pour politiques. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Ordre des ergothérapeutes du Québec, Odre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, & Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2012). *Oui à l'optimisation des soins et services, mais dans le respect des règles déontologiques des professionnels consernés. Communiqué.* Téléchargé le 20 décembre 2012 de http://www.optsq.org/docs/communiqués/communiqué-commun--optimisation-des-soins-et-services.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2009). *Cadre d'analyse de la charge de cas et de la charge de travail des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux.*Montréal.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2012). *Référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou de travailleur social au Québec* . Montréal.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (1998). Balises pour l'attribution de la charge de cas des travailleurs sociaux exerçant en CLSC. Montréal.

Orme, J. (1995). *Workload: Measurement and Management.* Aldershot: Avebury.

Ozcan, Y. A. (2005). Reengineering. *Quantitative method in health care: techniques and applications.*(pp.121-151). San Francisco: Jossey- Bass.

Pauzé, M., & Gauthier, L. (2009). Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte. *Intervention* (131), 89-97.

Pearson, V. I. (2000). Assessment of function in older adult. Dans R. L. Kane & R. A. Kane (Eds.), *Assessing older persons* (pp.17-48). New York: Oxford University Press.

Pickard, A. S., Johnson, J. A., Feeny, D. H., Shuaib, A., Carriere, K. C., & Nasser, A. M. (2004). Agreement between patient and proxy assessments of health-related quality of life after stroke using the EQ-5D and Health Utilities Index. *Stroke; A Journal Of Cerebral Circulation, 35*(2), 607-612.

Pockett, R., Lord, B., & Dennis, J. (2001). The development of an Australian national classification system for social work practice in health care. *Social Work Health Care, 34*(1-2), 177-193.

Protecteur du citoyen. (2012). *Chez soi: toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante.* Rapport d'enquête du protecteur du citoyen. Québec:Assemblée nationale du Québec.

Rauktis, M. E., & Koeske, G. F. (1994). Maintaining social worker morale: When supportive supervision is not enough. *Administration in Social Work, 18*(1), 39-60.

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. (2012b). *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.

Rizzo, V. M., & Rowe, J. M. (2006). Studies of the cost-effectiveness of social work services in aging: A review of the literature. *Research on Social Work Pratice, 16,* 67-72.

Savaya, R. (1998). The potential and utilization of an integrated information system at a family and marriage counselling agency in Israel. *Evaluation and Program Planning, 21*(1), 11-20.

Savaya, R., & Spiro, S. E. (1997). Reactions of pratitioners to the introduction of a standard instrument to monitor clinical outcomes. *Journal of Social Service Research, 22*(4), 39-55.

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.

Sévigny, A., & Vézina, A. (2007). La contribution des bénévoles au soutien à domicile des personnes âgées: Les frontières de leur action. *La Revue canadienne du vieillissement, 26*(2), 101-111.

Sheridan, M. S. (1988). Time management in health care social work. *Social Work in Health Care, 13*(3), 91-99.

Shibusawa, T. (2006). Older adults with substance / alcohol abuse problems. Dans B. Berkman (Ed.), *Handbook of Social Work in Health and Aging* (pp.141-148). New York: Oxford Université Press.

Shier, M. L., & Graham, J. R. (2011). Work-related factors that impact social work practitioners' subjective well-being: Well-being in the workplace. *Journal of Social Work, 11*(4), 402-421.

Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. A. (1994). The new world of managed care: Creating organized delivery systems. *Health Affairs, 13*(5), 46-64.

Sicotte, C., D'amour, D., & Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medecine, 55*, 991-1003.

Simard, A. (2012). Éclairage sur l'évaluation de la performance des travailleurs sociaux des CSSS. *Intervention* (136), 41-49.

Simons, K. (2006). Organizational characteristics influencing nursing home social service directors' qualifications: A national study. *Health & Social Work, 31*(4), 266-274.

Sneeuw, K. C. A., Sprangers, M. A. G., & Aaronson, N. K. (2002). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology, 55*(11), 1130-1143.

Soucy, H. (2011, 17-18 novembre). *L'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées au Québec.* Conférence présentée au congrès international Démarche SMAF, Chateau Frontenac, Québec.

Stein, T. G., Callaghan, J., McGee, L., & Douglas, S. (1990). A caseload-weightning formula for child welfare services. *Child Welfare, 69*(1), 33-42.

Stevens, M. (2008). Workload Management in social work services: What, why and how. *Pratice: Social Work in Action, 20*(4), 207-220.

Tang, Z., Weavind, L., Mazabob, J., Thomas, E. J., Chuweininger, M. Y., & Johnson, T. R. (2007). Workflow in intensive care unit remote monitoring: A time-and-Motion study. *Clinical Investigations, 35*(9), 2057-2063.

Thibault, S. (2011). Nature et fondements de l'intervention sociale personnelle. Dans D. Turcotte & J.-P. Deslaurier (Eds.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (pp. 9-30). Québec: Presses de l'Université Laval.

Tilquin, C., & D'Hoore, W. (1996). Se fonder sur la mesure des ressources soit requises soit données aux personnes en perte d'indépendance pour déterminer leur demande de ressources socio-sanitaires. *L'évaluation et l'intervention gérontologique*, 39-60.

Tourigny, A., Paradis, M., Bonin, L., Bussières, A., & Durand, P. J. (2004). Évaluation de l'implantation du Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francs. Dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Gagnon (Eds.), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (pp. 41-55). St-Hyacinthe: Edisem.

Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Coulombe, C., Benoît, D., & Allard, G. (2004). Programme de soutien à domicile: mesure de l'adéquation de l'offre de services et des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Gagnon (Eds.), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (pp. 235-250). Ste-Hyacinthe: Edisem.

Tremblay, G. (2011). Élaboration du plan d'intervention. Dans D. Turcotte & J.-P. Deslaurier (Eds.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (pp. 73-90). Québec: Presses de l'université Laval.

Truswell, S. (1984). Workload management evaluation system within a hospital social work department. *Australian Social Work, 37*(3&4), 44-47.

Van Hook, M. P., Berkman, B., & Dunkle, R. (1996). Assessment tools for general health care settings : PRIME-MD, OARS, SF-36. *Health Journal Social Work, 21*(3), 230-234.

Von Essen, L. (2004). Proxy ratings of patient quality of life-factors related to patient-proxy agreement. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden), 43*(3), 229-234.

Were, M. C., Sutherland, J. M., Bwana, M., Ssali, J., Emenyonu, N., & Tierney, W. M. (2008). Patterns of care in two HIV continuity clinics in Unganda, Africa: A time and motion study. *Aids Care, 20*(6), 677-682.

Westbrook, J. I., & Ampt, A. (2009). Design, application and testing of the work observation method by activity timing (WOMBAT) to measure clinicians' patterns of work and communication. *International Journal of Medical Informatics, 78S*(suppl.1), S25-S33.

Westbrook, J. I., Ampt, A., Kearney, L., & Rob, M. I. (2008). All in a day's work: An observational study to quantify how and with whom doctors on hospital wards spend their time. *The Medical Journal Of Australia, 188*(9), 506-509.

Williams, C. (1978). Measuring the workloads of social worker. *Management Services, 22*(8), 10-16.

Zimmer, D., & Boud, V. (1987). Where all the hours gone? Understanding workload measurement for social work. *The social worker, 55*(1), 14-17.

ANNEXES

ANNEXE 1

Tableau explicatif des catégories et des activités

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Centre de recherche sur le vieillissement

CESS
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

CATÉGORIES ET DES ACTIVITÉS

Étude : Temps & Mouvements

Cat	Ss Cat	Nom de l'activité	Description de l'activité
Activités thérapeutiques directes			
1	**Interaction usagers**		
	1.1	**Prise de rendez-vous**	*Action de prendre rendez-vous au téléphone ou en personne avec l'usager pour une rencontre d'évaluation, de réévaluation, une visite ou pour un suivi*
	1.2	**Évaluation psychosociale client en présence**	*Observer, recueillir, analyser et reformuler les données significatives, objectives et subjectives de la situation et des besoins psychosociaux de la personne qui requiert des services en présence*
	1.3	**Évaluation psychosociale client téléphone**	*Observer, recueillir, analyser et reformuler les données significatives, objectives et subjectives de la situation et des besoins psychosociaux de la personne qui requiert des services au téléphone*
	1.4	**Évaluation psychosociale pour ouverture de régime de protection en présence**	*Évaluation ou réévaluation spécifique en vue de l'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude en présence*
	1.5	**Évaluation psychosociale pour ouverture de régime de protection au téléphone**	*Évaluation ou réévaluation spécifique en vue de l'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude au téléphone*
	1.6	**Suivi psychosocial en présence**	*Suivi de la personne (affectif, matériel, informations). Difficultés d'adaptation, intégration sociale, comportement, liens avec proches, avec autres personnes hébergées, hospitalisées ou personnel en présence*
	1.7	**Suivi psychosocial au téléphone**	*Suivi de la personne (affectif, matériel, informations). Difficultés d'adaptation, intégration sociale, comportement, liens avec proches, avec autres personnes hébergées, hospitalisées ou personnel au téléphone*
	1.8	**Réévaluation annuelle présence**	*Réévaluation annuelle des besoins et des demandes de services. Tenir à jour la situation biopsychosociale de son client en présence*
	1.9	**Réévaluation annuelle téléphone**	*Réévaluation annuelle des besoins et des demandes de services. Tenir à jour la situation biopsychosociale de son client au téléphone*

	1.10	**Soutien civique**	*Assistance dans le courrier, courses, aide à la gestion financière, compléter formulaires, impôt*
	1.11	**Accompagnement du client visite ressource**	*Résidence, organisme public, institution financière, organisme communautaire, services de santé*
2	**Interaction famille ou personnes significatives**		
	2.1	**Prise de rendez-vous**	*Action de prendre rendez-vous au téléphone ou en personne avec un membre de la famille ou une personne significative pour une rencontre d'évaluation, de réévaluation, une visite ou pour un suivi*
	2.2	**Évaluation psychosociale en présence**	*observer, recueillir, analyser et reformuler les données significatives, objectives et subjectives de la situation et des besoins psychosociaux de la personne qui requiert des services en présence*
	2.3	**Évaluation psychosociale téléphone**	*observer, recueillir, analyser et reformuler les données significatives, objectives et subjectives de la situation et des besoins psychosociaux de la personne qui requiert des services au téléphone*
	2.4	**Évaluation psychosociale pour ouverture de régime de protection en présence**	*Évaluation ou réévaluation spécifique en vue de l'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude en présence*
	2.5	**Évaluation psychosociale pour ouverture de régime de protection au téléphone**	*Évaluation ou réévaluation spécifique en vue de l'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude au téléphone*
	2.6	**Suivi psychosocial famille en présence**	*Suivi membres famille (affectif, matériel, informations) : difficultés d'adaptation à la perte d'autonomie, état affectif, lien entre membres famille, personne aidée ou pour mobiliser la famille en présence*
	2.7	**Suivi psychosocial famille téléphone**	*Suivi membres famille (affect, matériel, informations) : difficultés d'adaptation à la perte d'autonomie, état affectif, lien entre membres famille, personne aidée ou pour mobiliser la famille au téléphone*
	2.8	**Réévaluation annuelle présence**	*Réévaluation annuelle du besoin de services en présence*
	2.9	**Réévaluation annuelle téléphone**	*Réévaluation annuelle du besoin de services au téléphone*
	2.10	**Rencontre de la famille sans l'usager**	*Rencontre structurée et planifiée avec différents membres de la famille ou proches concernant la situation et le plan d'intervention de l'usager faite en son absence*

3	**Interaction avec usager et sa famille**		
	3.1	**Éval PsySoc clt+famille en présence**	*Observer, recueillir, analyser et reformuler les données significatives, objectives et subjectives de la situation et des besoins psychosociaux de la personne en présence du client et sa famille*
	3.2	**Suivi psychosocial clt+famille en présence**	*Suivi de la personne (affect, matériel, info). Difficultés d'adaptation, intégration sociale, comportement avec autres personnes hébergées ou personnel en présence du client et de sa famille*
	3.3	**Réévaluation annuelle clt+famille en présence**	*Réévaluation annuelle du besoin de services en présence du client et de sa famille*
	3.4	**Rencontre de la famille avec l'usager**	*Rencontre structurée et planifiée avec différents membres de la famille ou proches concernant la situation et le plan d'intervention de l'usager en sa présence*
4	**Interaction groupe**		
	4.1	**Groupe famille**	*Action de préparer, animer et assurer le suivi du groupe famille*
Activités thérapeutiques indirectes			
5	**Autre interaction avec**		
	5.1	**Intervenant de l'établissement (personne)**	*Échange verbal en pers. avec un intervenant de l'établissement (infirmière, préposé, aux. familiale, diététiste, orthophoniste, psy, récréologue, pharmacien...) concernant les soins et services à l'usager*
	5.2	**Intervenant de l'établissement (téléphone)**	*Échange verbal au tél. avec un intervenant de l'établissement (infirmière, préposé, aux. familiale, diététiste, orthophoniste, psy, récréologue, pharmacien...) concernant les soins et services à l'usager*
	5.3	**Médecin (personne)**	*Échange verbal en personne avec le médecin traitant, consultant ou de garde concernant la santé, les soins et les traitements de l'usager*
	5.4	**Médecin (téléphone)**	*Échange verbal au téléphone avec le médecin traitant, consultant ou de garde concernant la santé, les soins et les traitements de l'usager (mémo par écrit)*
	5.5	**Intervenant hors établissement**	*Échange en personne avec intervenant d'autre établissement (infirmière, aux. familiale, diététiste,*

		CSSS (personne)	*orthophoniste, neuropsy, représentant du curateur pub...) concernant les soins et services à l'usager*
	5.6	**Intervenant hors établissement CSSS (téléphone)**	*Échange verbal au téléphone avec intervenant d'autre établissement (infirmière, aux. familiale, diététiste, orthophoniste, neuropsy, représentant du curateur pub...) concernant les soins et services à l'usager*
	5.7	**Chef d'unité, ACP, ASI (personne)**	*Échange verbal en personne avec le chef d'unités, ACP, ASI ou le supérieur immédiat concernant les soins et services à l'usager*
	5.8	**Chef d'unité, ACP, ASI (téléphone)**	*Échange verbal au téléphone avec le chef d'unités, ACP, ASI ou le supérieur immédiat concernant les soins et services à l'usager*
	5.9	**Organisme communautaire**	*Échange verbal ou en personne avec un responsable ou un intervenant d'un organisme communautaire*
	5.10	**Entreprise privée**	*Échange verbal ou en personne avec responsable ou un membre du personnel d'une résidence privée ou entreprise privée qui donne services à domicile*
	5.11	**Échange clinique courriel**	*Échange par courriel d'information clinique sur un usager (tous les intervenants et tous les établissements confondus)*
6	**Lecture et rédaction**		
	6.1	**Lecture du dossier de l'usager**	*Lecture des formulaires contenus dans le dossier informatisé RSIPA ou lecture du dossier papier de l'usager*
	6.2	**Rédaction note évolutive ou professionnelle**	*Note d'évolution, note de congé ou autre documents ou grille (ex : grille de comportement) dans RSIPA, ou dans le dossier papier du client*
	6.3	**Rédaction OEMC**	*Rédaction de l'OEMC (RSIPA ou papier) incluant évaluation psychosociale*
	6.4	**Rédaction Évaluation psychosociale pour de régime de protection**	*Rédaction en ligne des formulaires d'évaluation psychosociale pour régime de protection*
	6.5	**Rédaction plan d'intervention**	*Action de rédiger un plan d'intervention disciplinaire*
	6.6	**Réévaluation plan d'intervention**	*Action de mettre à jour un plan d'intervention disciplinaire*
	6.7	**Préparer rencontre multi**	*Action d'identifier les principaux problèmes psychosociaux à traiter lors de la réunion multidisciplinaire et de*

			compléter les documents pertinents (ex : plan d'intervention, formulaire multi)
	6.8	**Rédaction demande de services**	*Action de compléter une demande de service à l'intérieur du CSSS, à des organismes externes ou compléter des requêtes pour les services d'autres professionnels ou fiche de continuité suite à un congé*
	6.9	**Préparer rencontre CASAD**	
	6.10	**Autres tâches cléricales**	*Imprimer, photocopier, envoyer par télécopieur docs clinique. Préparer des documents pour le service archives, recherche internet, ou bottin. Échange avec personnel de soutien concernant un dossier*
7	**Rencontres formelles**		
	7.1	**Réunion administrative ou de service**	*Rencontre effectuée en vue de diffuser ou de recevoir de l'information de nature administrative ou pour diffuser ou recevoir de l'information clinique ou discuter d'une situation clinique*
	7.2	**Rencontre multidisciplinaire ou statutaire**	*Réunion de l'équipe multidisciplinaire pour discuter de la situation biopsychosociale d'un usager et élaborer un plan d'intervention*
	7.3	**Rencontre CASAD**	*Réunion du comité allocation des services et de l'aide à domicile*
8	**Recherche de services**		
	8.1	**Recherche ressources publiques**	*Identifier, déterminer, vérifier l'admissibilité ou solliciter les ressources publiques répondant aux besoins du client ou son réseau*
	8.2	**Recherche ressources privées**	*Identifier, vérifier l'admissibilité ou solliciter les ressources privées (milieu de vie, services) répondant aux besoins du client ou son réseau*
	8.3	**Recherche ressources communautaires**	*Identifier, vérifier l'admissibilité ou solliciter les ressources communautaires (incluant OSBL, COOP) répondant aux besoins du client ou son réseau*
9	**Déplacements**		
	9.1	**Visite à domicile**	*Déplacements effectués pour se rendre au domicile du client*
	9.2	**Course pour résident**	*Déplacement pour acheter des effets personnels, des vêtements, pour un usager sans sa présence (soutien civique)*

Activités non thérapeutiques			
10	**Tâches administratives**		
	10.1	**Relevé de présence**	*Action de compléter son relevé de présence dans le logiciel logibec paie*
	10.2	**Frais de déplacement**	*Action de compléter un formulaire de frais de déplacement*
	10.3	**Horaire**	*Action de rédiger son horaire de la semaine*
	10.4	**Statistiques**	*Action de compléter les statistiques quotidiennes dans GAP ou SIC*
	10.5	**Prendre message boîte vocale**	*Action de prendre ses messages sur la boîte vocale*
	10.6	**Prendre message courriel**	*Action de prendre et répondre à ses courriels*
	10.7	**Mandat de gestion administrative**	*Action liée à la coordination ou à la gestion de lits de convalescence, d'hébergement temporaire, alternatif, pilote RSIPA, réviser la liste d'attente*
	10.8	**Autres tâches administratives**	*Accomplir tâches administratives : choix de vacances, requêtes dans lotus notes, photocopies. Impression de documents administratifs. Utilisation du PC, recherches diverses sur internet. Échange avec personnel de soutien (sujets non clinique)*
	10.9	**Déplacement intersites**	*Déplacements effectués d'un site à un autre site du CSSS pour les activités cliniques*
	10.10	**Déplacement intrasite**	*Déplacements effectués dans le site pour des activités cliniques*
	10.11	**Autres déplacements**	*Déplacements effectués pour différentes activités administratives ou autre mais non reliés aux usagers (ex : bureau du personnel, syndicat, bureau de santé...)*
11	**Développement et avancement profession et société**		
	11.1	**Supervision de stagiaire**	*Activité liée à la préparation de document, rédaction de document pour l'université, formation ou supervision individuelle ou en groupe du ou des stagiaires*

	11.2	**Collaborer formation étudiant**	*Rencontre ou présentation auprès d'étudiants de disciplines autres que service social pour transmettre de l'information sur la profession ou sur les problématiques rencontrées*
	11.3	**Orientation du nouveau personnel**	*Orienter et former un nouvel employé au fonctionnement de notre secteur d'activité (outils, horaire, fonctionnement rencontre multi, présentation aux membres de l'équipe)*
	11.4	**Participation à des comités internes ou externes**	*Participation aux comités internes du CSSS (conseil multidisciplinaire, comité d'éthique, de programme...). Représenter le CSSS auprès d'instances régionales ou autres (OPTSQ, université, organismes communautaires)*
	11.5	**Recherche**	*Élaboration ou participation à des projets de recherche*
	11.6	**Transfert des connaissances**	*Informer les pairs d'une formation reçue, information liée à la pratique (loi, outil, approche)*
	11.7	**Formation continue**	*Formation structurée et planifiée concernant différents sujets dans le but de développer de nouvelles habiletés et connaissances*
	11.8	**Supervision et consultation clinique**	*Rencontre pour réfléchir et évaluer la qualité de sa pratique en général (vise réflexion sur compétence professionnelle et personnelle)*
	11.9	**Soutien entre pair**	*Entraide mutuelle entre intervenants sur une problématique liée au travail (questions liées : condition de travail, conflit, logistique, informatique, écoute, expression, ventilation, conseils...)*
Temps personnel			
12	**Temps non productif**		
	12.1	**Pause**	*Temps d'arrêt prévu dans l'horaire de travail pour les pauses*
	12.2	**Temps de repas, repos**	*Temps pris pour les repas ou pour se reposer*
	12.3	**Reprise de temps**	*Temps repris par l'intervenant puisqu'elle a dû travailler plus longtemps*
	12.4	**Téléphone personnel, toilette**	*Temps d'arrêt pour faire des téléphones personnels, aller aux toilettes...*

ANNEXE 2

Guide de l'utilisation de l'application TEDDI

Étude de Temps & Mouvement

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

GUIDE DE L'UTILISATEUR DE L'APPLICATION TEDDI (TEMPS ET DÉPLACEMENT DES INTERVENANTS) SUR IPOD TOUCH

1 UTILISATION DU IPOD TOUCH

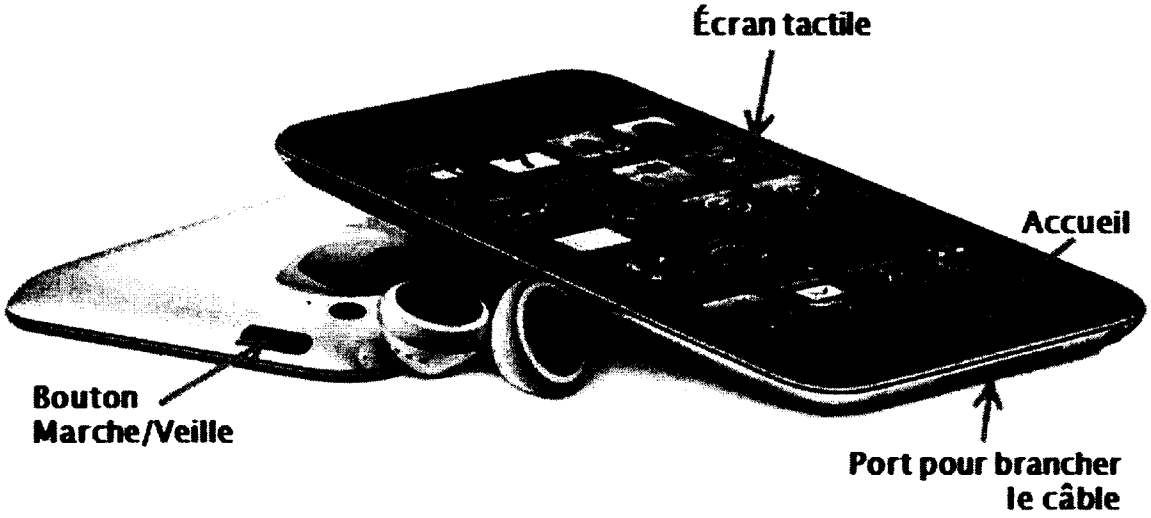
1.1 QU'EST-CE QU'UN IPOD TOUCH?

Dans le langage technique, le iPod Touch est un « assistant personnel numérique ». Il s'agit d'un appareil portatif englobant des fonctions de lecteur média numérique, d'assistant digital et de plate-forme électronique. L'avantage d'un tel outil est qu'il est possible de programmer des applications personnalisées selon des besoins spécifiques afin d'accomplir des tâches et de récolter des informations. De plus, son format de poche et sa portabilité font de lui un outil de travail très pratique.

1.2 TECHNIQUES DE BASE

1.2.1 PRÉSENTATION DU IPOD TOUCH

L'image suivante présente les boutons pertinents du iPod Touch.



1.2.2 UTILISATION DU STYLET

Pour utiliser le stylet, tenez-le comme un crayon ou une plume et pointez l'objet (icône ou menu) désiré à l'aide du stylet. N'utilisez jamais un autre crayon ou objet pointu pour écrire sur l'écran.

1.2.3 OUVRIR LE IPOD TOUCH

Pour ouvrir le iPod Touch, cliquez sur le bouton situé sur le dessus de l'appareil à gauche, tel que présenté à la Figure 2. Normalement, la fenêtre présentée à la Figure 3 devrait s'afficher à l'écran.

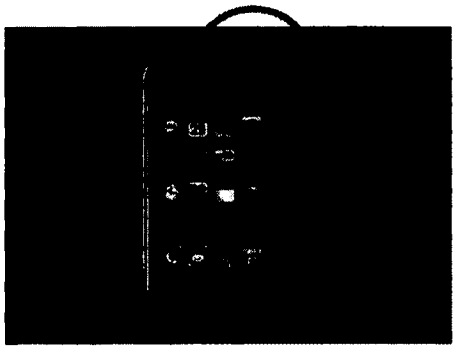


Figure 2 : Démarrage du iPod Touch

Note : Si le iPod Touch demeure inactif pendant quelques minutes (si vous ne touchez pas à l'écran tactile pendant cette période), il se mettra en veille automatiquement. Pour accéder à TEDDI à nouveau, appuyez sur le bouton « Accueil » au bas de l'appareil (Voir Figure 3, A). L'indicateur en haut à droite de l'écran représente le degré de chargement de la batterie de l'appareil. (Voir Figure 3, B)

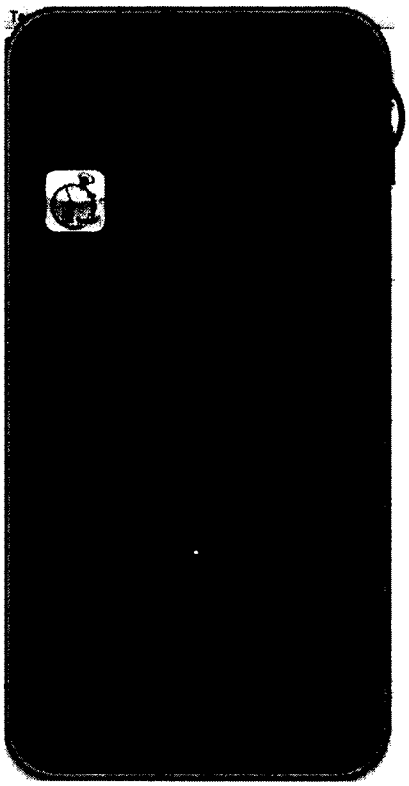


Figure 3 : Écran par défaut du iPod Touch configuré pour TEDDI

2 TEDDI

2.1 COMMENT UTILISER TEDDI

Afin de démarrer l'application, il vous faut d'abord appuyer sur le bouton TEDDI en haut à gauche dans le menu présenté à la Figure 3.

TEDDI a pour but de compiler les activités effectuées par les intervenants et le temps consacré à chacune d'entre elles. La première étape consiste donc en appuyer sur la touche « Début » au bas de l'écran pour lancer le compteur à chaque fois que vous commencez une activité.

À cette é

la fenêtre présentée à la Figure 4.

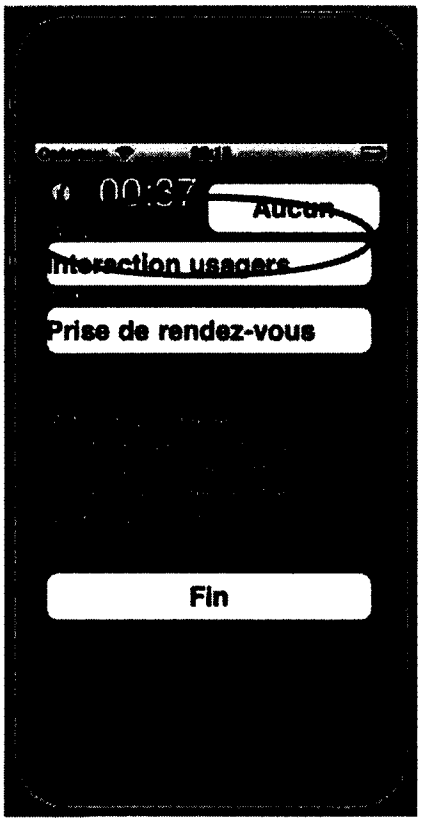


Figure 4: Écran de démarrage de TEDDI

Résumé des fonctions

L'encadré en haut à droite correspond au numéro de dossier. En-dessous, vous pouvez retrouver la sous-catégorie d'activité (portant la mention « Activité »), suivie du détail de l'activité (portant la mention « Détail »). Au centre de l'écran se trouve la description détaillée de l'activité qui a été sélectionnée. Au bas de l'écran figure le bouton Début/Fin, qui a pour fonction de démarrer et d'arrêter le chronomètre.

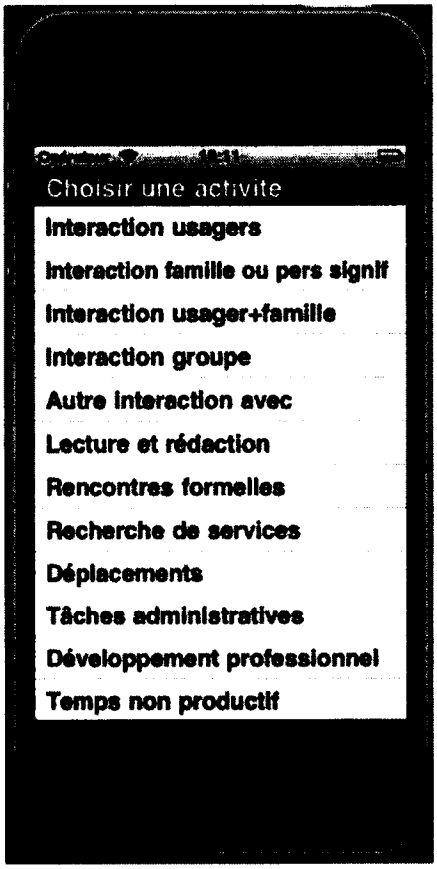


Figure 5: Liste déroulante des catégories d'activités

Une fois le compteur démarré, il vous faudra sélectionner la sous-catégorie d'activité et le détail de l'activité que vous effectuez. Pour ce faire, appuyez d'abord sur la première activité affichée à l'écran, disposée sous la mention « Activité » (à la Figure 4, il s'agit du bouton « Interaction Usagers »). Vous verrez alors une liste déroulante de toutes les sous-catégories d'activités tel que présenté à la Figure 5. Sélectionnez une catégorie.

La catégorie choisie va s'afficher sur l'écran principal tel que démontré à la Figure 6 (nous avons choisi ici « Interaction usagers »).

Un détail sera alors affiché. Ici, on retrouve « Prise de rendez-vous », puisqu'il s'agit du premier de la liste des « Interaction usagers ». Pour choisir une autre activité qui correspond mieux à celle que vous allez effectuer, appuyez sur le bouton qui se trouve sous la mention « Détail ».

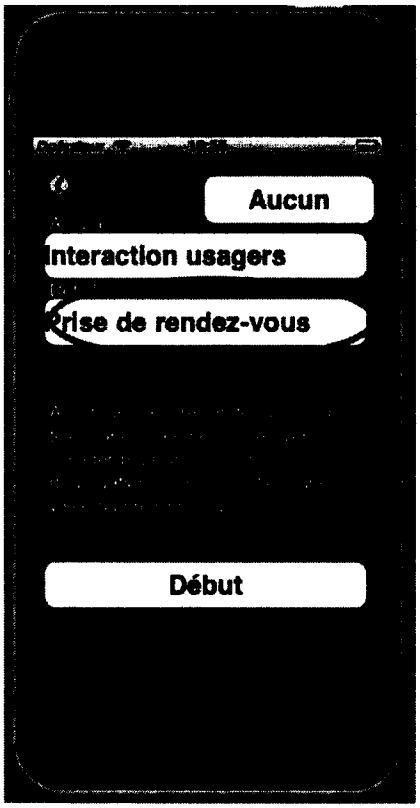


Figure 6: Écran principal - Sélection de l'activité

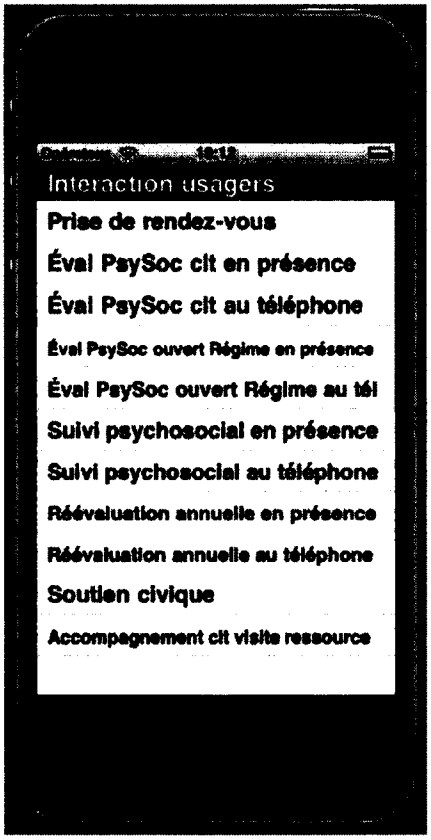


Figure 7: Liste déroulante des détails d'activités

À cette étape, la liste déroulante des détails s'affiche tel que présenté à la Figure 7. Vous pouvez sélectionner le détail de l'activité approprié.

Pour les fins de cet exemple, nous avons sélectionné « Éval PsySoc ouvert Régime en présence ». Si vous êtes incertain de la signification d'une activité, vous pouvez consulter la définition qui s'affiche au centre de l'écran lorsque vous la sélectionnez (Figure 8).

Il vous est possible de faire des changements en cas d'erreur ou d'imprévu. En effet, l'activité qui sera enregistrée dans les données est celle qui sera sélectionnée au moment de la fin de l'activité

Une fois l'activité sélectionnée, il vous faut choisir le numéro de dossier associé à l'activité que vous effectuez.

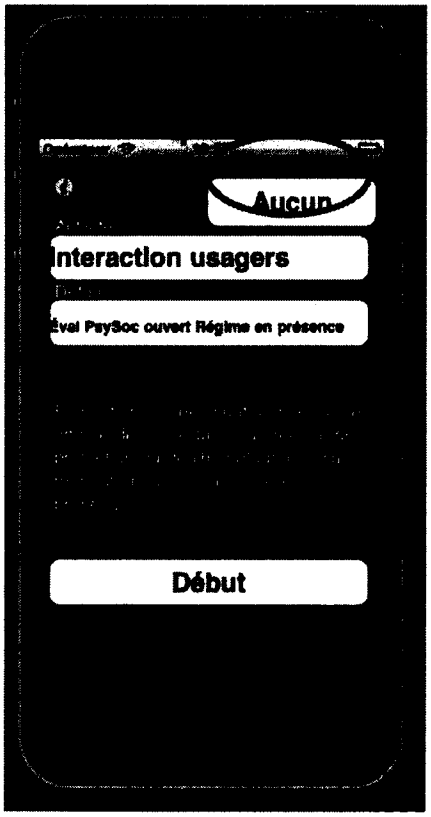


Figure 8: Écran principal - Activité sélectionnée

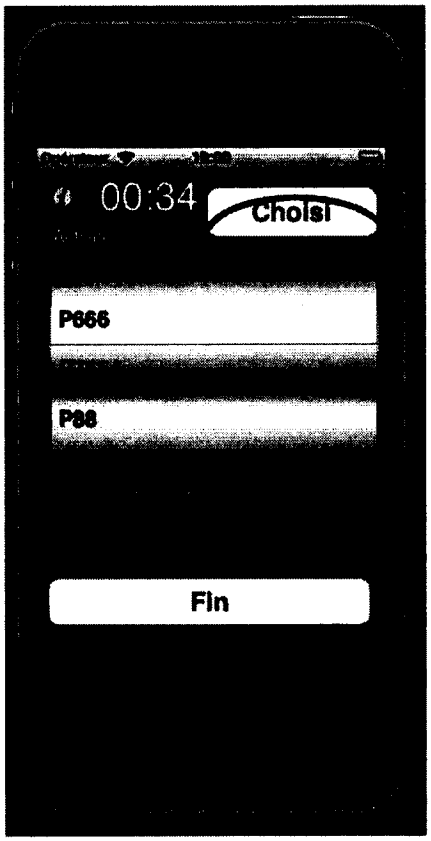


Figure 9: Sélection du # de dossier

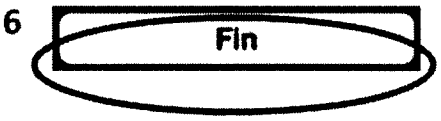
Pour ce faire, appuyez sur le bouton en haut à droite de l'écran (sous la mention « Dossier »). Une liste déroulante s'affiche, et vous devez sélectionner le numéro de dossier approprié qui devrait y figurer (Figure 9). Si l'activité ne correspond à aucun dossier (pour les sous-catégories d'activités 11 et 12), vous pouvez sélectionner « Aucun ». Une fois votre curseur au-dessus du numéro de dossier que vous désirez, appuyez sur « Choisi » pour confirmer votre choix.

S'il s'agit d'un nouveau dossier qui ne figure pas dans la liste, choisissez « Nouveau ». Votre écran devrait ressembler à la Figure 10. Grâce au clavier tactile, vous pouvez entrer les numéros correspondant au nouveau numéro de dossier. S'il s'agit d'un dossier temporaire (débutant avec la lettre T), effacez le P avec le bouton ⌫, puis appuyez sur la touche ABC pour obtenir un clavier de type alpha (avec des lettres). Insérez le T puis retourner au clavier numérique pour compléter le tout. Appuyez sur Terminé.

Figure 10: Créer un nouveau # de dossier

Lorsque votre activité est terminée, cliquez

sur le bouton « Fin ».



Les données découlant de l'activité seront enregistrées et le chronomètre en haut à gauche de l'écran disparaîtra. Ensuite, vous devez recommencer le même processus pour les activités suivantes.

3 FERMETURE DE TEDDI ET TRANSFERT DE DONNÉES

3.1. TRANSFERT DE DONNÉES

Lorsque votre quart de travail est terminé, il est important de brancher l'appareil à l'ordinateur fourni sur les lieux de travail. Ceci a pour but de transférer les données pour obtenir une copie de sauvegarde, ainsi que recharger l'appareil pour les utilisations ultérieures. (L'emplacement de l'ordinateur vous sera signalé lors de la formation.) L'opération est très simple : à l'aide du fil fourni (Figure 11), insérer l'extrémité la plus large dans la fente sous le iPod, et l'autre extrémité dans le port USB de l'ordinateur (Figure 12).

Figure 11: Câble de transfert/recharge

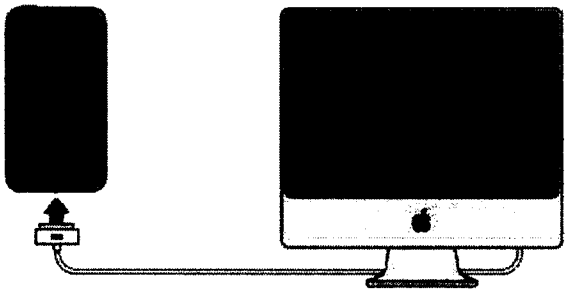


Figure 12: Chargement/Transfert des données du iPod à l'ordinateur

Lorsque le iPod est complètement chargé, l'image suivante s'affiche en haut à droite de l'écran :

Lorsque le iPod est branché dans l'ordinateur, l'application iTunes démarre. Si elle ne démarre pas immédiatement, double-cliquez tout simplement sur l'icône d'iTunes sur le bureau de l'ordinateur :

Dans la fenêtre de iTunes, sélectionnez l'icône de « Teddi4_ » sous la mention « Appareils » dans la colonne de gauche, tel que démontré la Figure 13.

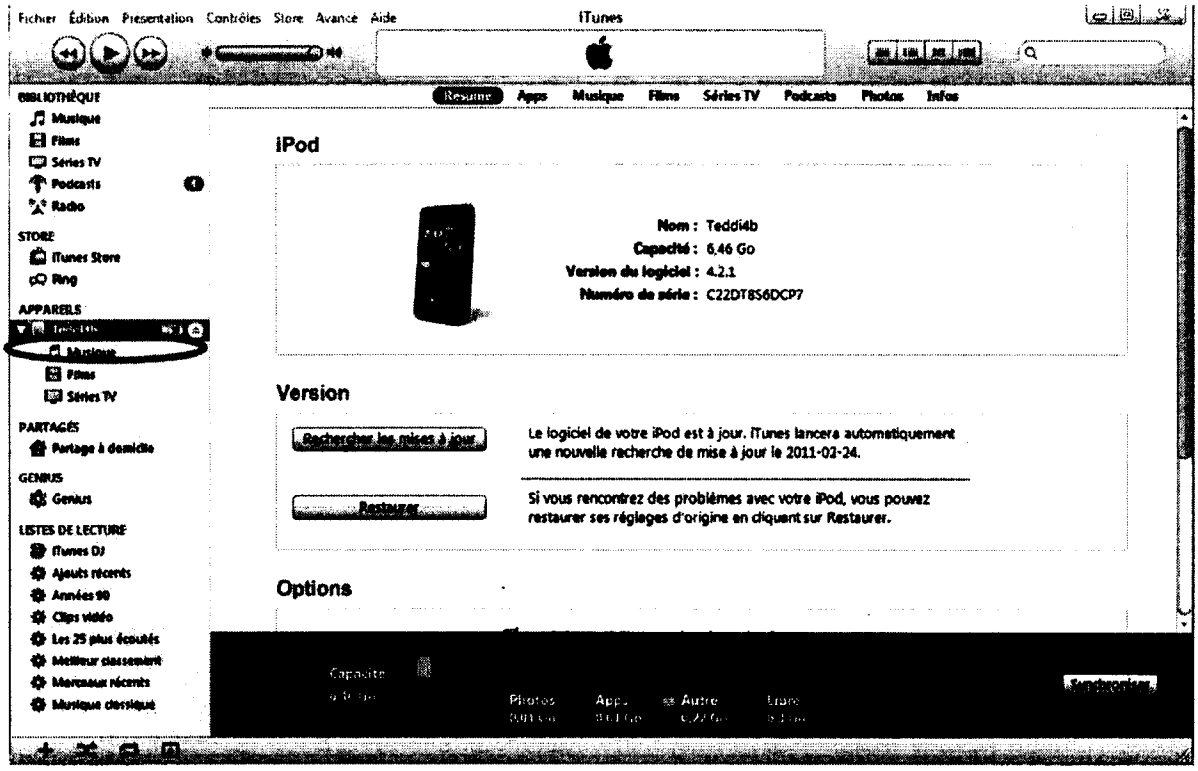


Figure 13: Ouverture d'iTunes

Sélectionnez l'onglet « Apps » au haut de l'écran, tel que présenté à la Figure 14. Vous verrez s'afficher l'écran du iPod Touch avec l'application TEDDI à droite de l'écran.

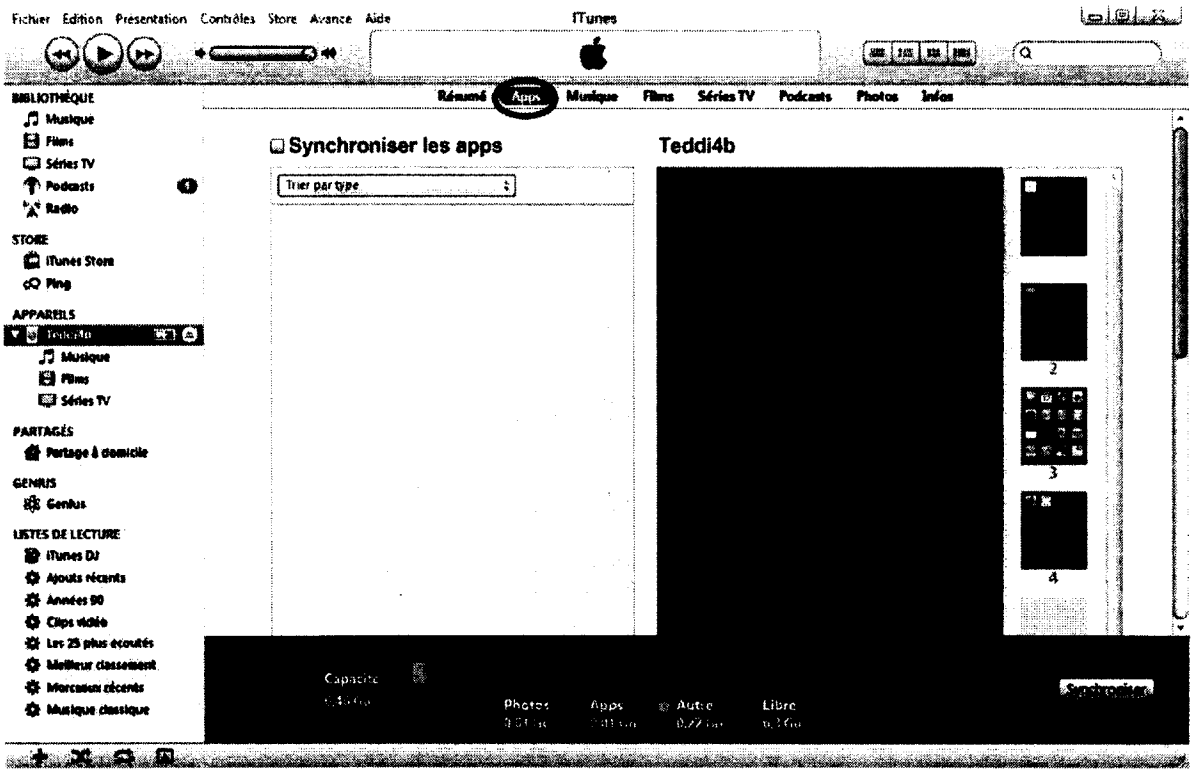


Figure 14: Accès à l'application TEDDI

Veuillez maintenant utiliser la barre de défilement à droite de l'écran pour descendre sur la page et atteindre la section « Partage de fichiers ».

Sélectionnez Teddi4 dans la section de gauche sous la mention « Apps ». Certains fichiers s'affichent dans la section « Documents », à droite. Cliquez sur « TeddiData_*nomduipod*.txt » (où *nomduipod* prend le format Teddi4_) pour le sélectionner. Appuyez sur le bouton « Enregistrer sous » au bas à droite de l'écran tel que présenté à la Figure 15.

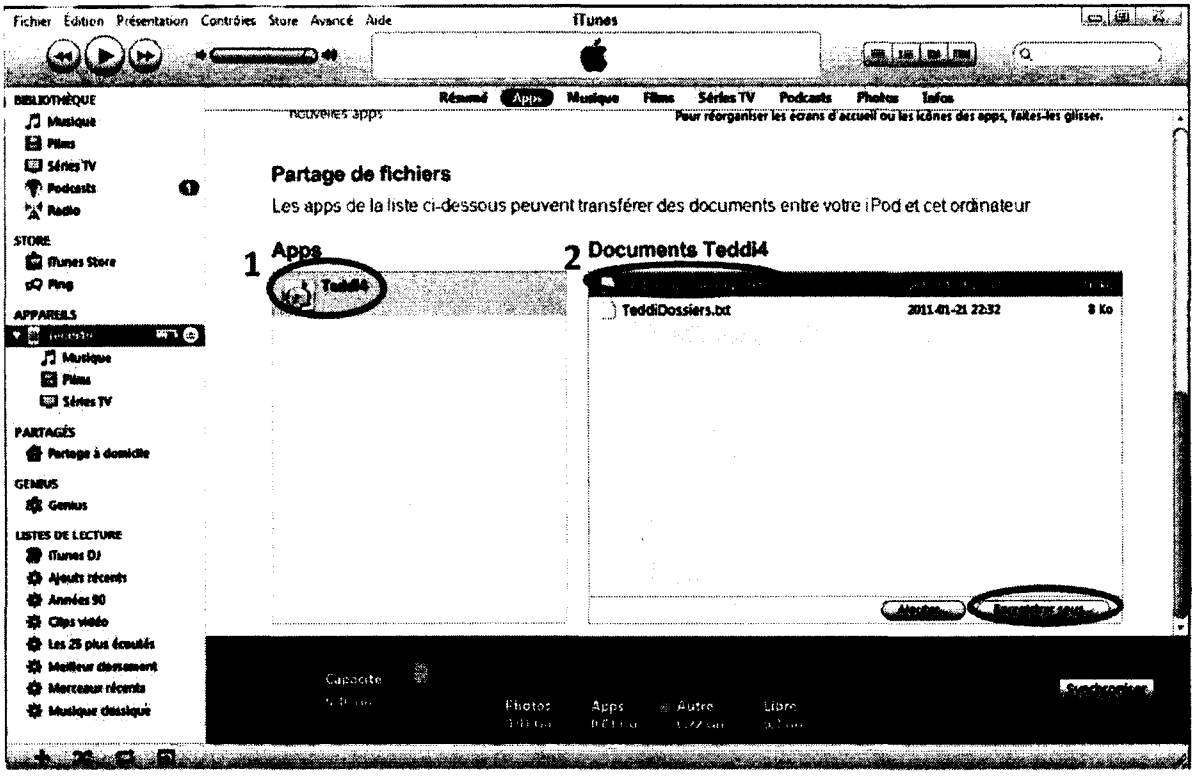


Figure 15: Sauvegarde des données de TEDDI

Grâce à la boîte de dialogue qui vous permet d'enregistrer le fichier, veuillez enregistrer le document dans le dossier portant votre nom sur le bureau de l'ordinateur.

3.2 AUTRES CONSIDÉRATION TECHNIQUES

NETTOYER L'ÉCRAN

Pour nettoyer l'écran, utilisez un linge aspergé de nettoyant à vitre. Le matériel nécessaire sera disponible dans la trousse de dépannage.

ANNEXE 3

Échelle d'appréciation du rythme de travail

Échelle d'appréciation de u rythme de travail

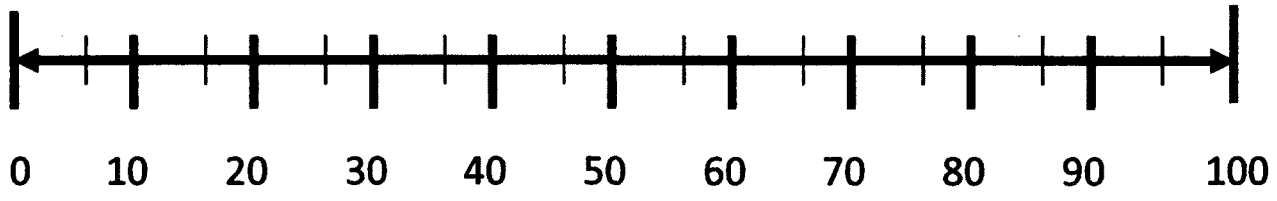
Date : _____

d'intervenant : _____

Lors de l'établissement d'une valeur de temps standard pour une activité, il importe de tenir compte de la performance des intervenants. Par exemple, la rédaction d'un outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) peut être fait plus rapidement le matin lorsque vous n'êtes pas interrompues ou lorsque vous êtes très occupé en opposition à lorsque vous êtes interrompue ou lorsque le débit d'activité est plus calme. Une activité peut être aussi accomplie plus rapidement parce que vous êtes plus efficace que normalement. On reconnaît une performance moyenne lorsque dans des conditions habituelles, l'intervenant travaille à une rythme ni trop rapide, ni trop lent, mais représentatif d'un rythme qu'il serait en mesure de maintenir toute la journée.

Le temps observé en temps réel doit être modifié par ce facteur afin de déterminer le temps dit «normal».Ce facteur s'obtient par la cotation d'une échelle analogue de 0 à 100%, où vous devez noter votre propre niveau de performance à avoir réalisé les activités de la journée.

Entourez maintenant sur cette échelle, de manière aussi précise que possible et selon votre perception, où se situe votre niveau de performance



ANNEXE 4

Cahier du participant

(Évaluation clinique)

Cahier du participant

Nom de l'intervieweur : _____

Date de l'entrevue (JJ/MM/AAAA) : _____

Numéro du participant : _____
CSSS :_____

Entrevue complété avec :
❒ Personne âgée
❒ Personne âgée et proche aidant
❒ Personne âgée et représentant légal
❒ Proche aidant
❒ Représentant légal :

❒ Tuteur aux biens	❒ privé ❒ public
❒ Tuteur à la personne	❒ privé ❒ public
❒ Tuteur aux biens et à la personne	❒ privé ❒ public
❒ Curateur aux biens et à la personne	❒ privé ❒ publique
❒ Mandat en cas d'inaptitude homologué	

Si régime privé ou mandat :
Conjoint ❒
Fille ❒
Fils ❒
Sœur ❒
Frère ❒
Nièce ❒
Neveu ❒
Cousin ❒
Ami ❒
Autres ❒

Questionnaire sur la situation du proche aidant
❒ Complété sur place
❒ Envoyé par la poste

No de sujet : _____ Date de naissance : _____ Sexe : F ❒ M ❒

Situation de vie :

- Personne vivant dans un domicile privé ❒
- Personne seule ❒
- Personne vivant en couple ❒
- Personne vivant dans un domicile collectif ❒
- Personne vivant en couple avec une personne à charge ❒
- Personne vivant avec un membre de la famille ou autre personne ❒

État civil:

- Marié	❒	Depuis quand :
- Divorcé	❒	Depuis quand :
- Veuf	❒	Depuis quand :
- Séparé	❒	Depuis quand :
- Conjoint de fait	❒	Depuis quand :
- Célibataire	❒	Depuis quand :

Appartenance ethnique :

Canadienne	❒	Américaine	❒	Européenne	❒
Autochtone	❒	Arabe	❒	Asiatique	❒
Africaine	❒	Amérique centrale et du sud	❒	Caraïbes	❒

Besoin d'un interprète : Oui ❒ Non ❒

Religion :

Catholique ❒	Chrétien ❒	Bouddhiste ❒
Protestant ❒	Musulman ❒	Indoue ❒
Orthodoxe ❒	Juive ❒	Orientale ❒
Autre ❒		

Aucune appartenance religieuse ❒

Scolarité : Aucune ❒ 1-4 années ❒ 5-8 années ❒ 9-10 années ❒ 11-13 années ❒ 14-17 années ❒ 18 années et + ❒

Occupation antérieure :

Secteur primaire ☐
Agriculture ☐
Foresterie ☐
Exploitation minière ☐
Secteur secondaire ☐
Industrie manufacturière ☐
Construction ☐
Secteur des ventes et services ☐
Restauration ☐
Protection ☐
Assurances ☐
Secteur de la santé ☐
Sciences sociales ☐
Enseignement ☐
Administration publique ☐
Sciences naturelles et appliqués ☐
Gestion ☐
Religion ☐
Aucun emploi rémunéré ☐
Autres (préciser) ☐

Médecin de famille : Oui ❒ Non ❒ Préciser : _____

Médecin spécialiste : Oui ❒ Non ❒ Neurologue ❒ Cardiologue ❒ Endocrinologue ❒ Gastroentérologue ❒ Orthopédiste ❒ Néphrologue ❒ Urologue ❒ Rhumatologue ❒ Oncologue ❒ Gériatre ❒ Pneumologue ❒ Dermatologue ❒ Gérontopsychiatre ❒

Leucémie et lymphone		Troubles cognitifs en évaluation	
Poumon		Délirium (préciser la cause) :	
Sein			
Cerveau		Alzheimer	
Prostate		Démence vasculaire	
Glande		Démence mixte	
Système digestif		Démence à corps de Lewy	
Peau		Démence parkinsonnienne	
Utérus		Démence fronto-temporale	
Os		Syndrome de Wernicke-Korsakoff	
Néoplasies et métastases		Démence alcoolique	
Autre (préciser) :		Autre démence (préciser) :	

Parkinson		Hypertension artérielle	
Sclérose en plaques		Hypotension orthostatique	
Sclérose latérale amyotrophique		MCAS	
Syndrome post-poliomyélite		MVAS	
Déficience motrice cérébrale		Angine	
Spina bifida		Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	
Trisomie 21		Phlébite (préciser date) :	
Déficience intellectuelle			
Ataxie de Friedreich		Insuffisance cardiaque (préciser sévérité si connue) :	
Ataxie cérébelleuse		Insuffisance veineuse	
Maladie d'Huntington		Valvulopathie (ex: sténose mitrale)	
Épilepsie		Cardiomyopathie	
Dystrophie musculaire (préciser le type) :		Thrombose	
Séquelles d'AVC (voir liste ci-joint)		Fibrillation auriculaire (FA)	
		Infarctus du myocarde (préciser date) :	
Séquelles de TCE (traumatisme crânio-encéphalique) (préciser date et sévérité) :		Stimulateur cardiaque (pace maker)	
		Autres :	

Neuropathie (préciser cause si connue) :		Autres :	
		Autres :	
Apnée du sommeil		Trouble de l'humeur	
Embolie pulmonaire		Trouble anxieux	
Syndrome obstructif chronique (MPOC)		Trouble somatoforme	
Emphysème		Trouble des conduites alimentaires	
Asthme		Trouble liés à la prise d'un psychotrope	
Pneumonie		Trouble de l'adaptation	
Tuberculose		Trouble du contrôle des impulsions	
O2 dépendant		Trouble du sommeil	
Trachéotomisé		Dysfonctionnements sexuels	
Autre :		Paraphillie	
Autre :		Trouble de la personnalité	
		Schizophrénie et autres troubles psychotiques	
		Trouble dissociatif	
		Trouble délirant	
		Déficience intellectuelle	
Polyarthrite rhumatöide		Cholélithiase	
Arthrose (préciser lieux)		Colon irritable	
Fracture (préciser lieu et date)		Diverticulose/lite	
Ostéoporose		Dysphagie	
Amputation (préciser date, site et cause)		Reflux gastro-oesophagien	
Goutte		Maladie hépatique légère	
Fibromyalgie		Maladie hépatique modérée ou sévère	
Bursite/tendinite (préciser site)		Maladie inflammatoire des intestins	
lombalgie chronique		Maladie ulcéreuse	
dorsalgie chronique		Incontinence fécale	
cervicalgie chronique		Autre :	
hernie discale (préciser niveau)			
scoliose			
cyphose			
Insuffisance rénale chronique		Hypothyroïdie	
Insuffisance rénale avec hémodialyse		Hyperthyrïdie	
Infection des voies urinaires		diabète (type 1 ou 2)	
Urolithiase		Obésité	

Prolapsus utérin		Dyslipidémie	
Hypertrophie bénigne de la prostate		hypercholestérolémie	
Autre :		Carence vitaminique	
Autre :		déficience vitamine B12	
Autre		Anémie	
		Autre (préciser) :	
infection urinaire		Zona	
maladie virale (ex: grippe, mononucléose, varicelle, bronchite)		Plaie chirurgicale	
maladie bactérienne (ex: E-Coli)		Eczéma	
Sida		Psoriasis	
Hépatite A		Plaie de pression	
Hépatite B		Ulcère chronique de la peau (préciser sites) :	
Hépatite C		Autre :	
SARM		Autre :	
Gastro-entérite			
Tuberculose			
Infections transmissibles sexuellement (préciser) :			
Méningite			
pneumonie (préciser date) :			
Autre (préciser) :			
Dgénérescence maculaire		Alcoolisme	
Cataracte		Toxicomanie	
Glaucome		Épuisement	
Rétinopathie diabétique		Syndrome de fatigue chronique	
Cécité		Syndrome d'immobilisation ou déconditionnement	
Décollement de la rétine			
Myopie			
Presbytie			
Pression intra-oculaire			
Presbyacousie			
Accouphène			
Surdité			
Vertiges (ex: labyrinthite)			
Autre (préciser)			

Hospitalisations au cours de la dernière année (impact sur condition présente) :
Oui ❒ Non ❒ Nombre : ____
Raisons :

Si la personne ne connait pas ses diagnostics aux problèmes de santé, notez les médicaments pris sur une bas régulière ou au besoin.

Nom du médicament	Fréquence

Légende

1	Die = 1 x jour
2	Bid = 2 x jour
3	Tid = 3x jour
4	Qid = 4 x jour
5	Prn = au besoin
6	autre

SMAF

Souligner la situation qui s'applique à la personne si l'item présente un choix.

INCAPACITÉS HANDICAP

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (A V Q)

A1. SE NOURRIR

☐ **0** Se nourrit seul

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable

☐ **-2** A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un

☐ **-3** Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique OU une gastrostomie

☐ sonde naso-gastrique ☐ gastrostomie

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 7 jrs/7 ; 3 fois/ jour ; T = 21

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐ ☐ ☐

Commentaires :

A2. SE LAVER

☐ **0** Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche)

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement

☐ **-2** A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement

☐ **-3** Nécessite d'être lavé par une autre personne

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 1 GB/sem.; si incontinent : 2 GB /sem. Tête : 1/sem.

Grand Bain (GB) : *lavage du corps incluant pieds et cheveux*

Tête

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Norme : 1 GB requis = 6 TP; 2 GB requis = 5 TP ; Total : GB+TP = 7

Toilette partielle (TP) : *visage, aisselle, parties génitales, siège*

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐ ☐ ☐

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

INCAPACITÉS HANDICAP

A3. S'HABILLER

☐ **0** S'habille seul
☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin de surveillance pour le faire OU on doit lui sortir son linge et lui présenter ses vêtements OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets)

☐ **-2** Nécessite de l'aide pour s'habiller

☐ **-3** Doit être habillé par une autre personne

☐ bas de soutien

→ 0 ☐

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui / Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 7 fois s'habiller ; 7 fois se déshabiller ; T =14
Inclus : attacher le fermoir, boutons, lacets, bas de soutien

* Ressources : _____ _____ _____
Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

A4. ENTRETENIR SA PERSONNE (brosser les dents, se peigner, se faire la barbe, couper ses ongles, se maquiller)

☐ **0** Entretient sa personne seul
☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** A besoin de stimulation OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne

☐ **-2** A besoin d'aide partielle pour entretenir sa personne

☐ **-3** Ne participe pas à l'entretien de sa personne

→ 0 ☐

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui / Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : ongles d'orteils = 1 fois/mois ; dents = 2 fois/jour
Barbe = 1 fois/jour

	Ongles	Dents	Barbe
* Ressources :	_____	_____	_____
Fréquence :	_____	_____	_____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

SMAF

INCAPACITÉS HANDICAP

A5. FONCTION VÉSICALE

☐ **0** Miction normale

☐ **-1** Incontinence occasionnelle OU en gouttes à gouttes OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences

☐ **-2** Incontinence urinaire fréquente

☐ **-3** Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence OU une sonde à demeure OU un condom urinaire

☐ culotte d'incontinence ☐ sonde à demeure ☐ condom
☐ incontinence diurne ☐ incontinence nocturne

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 6 fois/jour. Si sonde à demeure ou condom 2/jours.

* Ressources : _____ _____ _____
Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité: ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

A6. FONCTION INTESTINALE

☐ **0** Défécation normale

☐ **-1** Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel

☐ **-2** Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier

☐ **-3** Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence OU une stomie

☐ culotte d'incontinence ☐ stomie
☐ incontinence diurne ☐ incontinence nocturne

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 1 fois/jour. Stomie = 2/sem. Entretien sac = 3/jours.

* Ressources : _____ _____ _____
Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité: ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

INCAPACITÉS HANDICAP

A7. UTILISER LES TOILETTES (se dévêtir, s'asseoir, se relever, s'essuyer, se revêtir)

☐ **0** Utilise seul les toilettes
☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une bassine

☐ **-2** A besoin de l'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal

☐ **-3** N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal

☐ chaise d'aisance ☐ bassine ☐ urinal

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 7 fois/jour.

* Ressources : _____ _____ _____
Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

B MOBILITÉ

B1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil ou le fauteuil roulant et vice versa)

☐ **0** Se lève, s'assoit et se couche seul
☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé OU surveillé OU guidé dans ses mouvements

Préciser : _____

☐ **-2** A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher

Préciser : _____

☐ **-3** Grabataire (doit être levé et couché en bloc)

☐ positionnement particulier :
☐ lève-personne ☐ planche de transfert

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 6 fois/jour. Grabataire = 10 fois/jour (installation et mobilisation)

* Ressources : _____ _____ _____
Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

INCAPACITÉS HANDICAP

B2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur)

☐ **0** Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette)

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire OU utilise une marchette

☐ **-2** A besoin d'aide d'une autre personne

☐ **-3** Ne marche pas

☐ canne simple ☐ tripode
☐ quadripode ☐ marchette

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 3 fois/jour ; environ 10 mètres

* Ressources : _____ _____ _____
Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

B3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE

☐ **0** Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse

☐ **-1** Installe seul sa prothèse ou son orthèse

☐ **-1.5** Avec difficulté

☐ **-2** A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'aide partielle

☐ **-3** La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne

Type de prothèse ou d'orthèse : _____

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 2 fois/jour

* Ressources : _____ _____ _____
Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

B4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT (F.R.) À L'INTÉRIEUR

☐ **0** N'a pas besoin de F.R. pour se déplacer

☐ **-1** Se déplace seul en F.R.

☐ **-1.5** Avec difficulté

☐ **-2** Nécessite qu'une personne pousse le F.R.

☐ **-3** Ne peut utiliser un F.R. (doit être transporté en civière)

Indiquez le type de fauteuil :

☐ F.R. simple

☐ F.R. à conduite unilatérale

☐ F.R. motorisé

☐ triporteur

☐ quadriporteur

Le logement où habite le sujet permet la circulation en F.R.

Oui → 0 ☐

Non →

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non →

Normes 6 fois/jour. Civière 2/sem

-1 ☐

-2 ☐

-3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

B5. UTILISER LES ESCALIERS

☐ **0** Monte et descend les escaliers seul

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire

☐ **-2** Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne

☐ **-3** N'utilise pas les escaliers

Ascenseur disponible :

☐ Oui ☐ F.R. Non

Le sujet doit utiliser un escalier

Non → 0 ☐

Oui →

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non →

-1 ☐

-2 ☐

-3 ☐

Norme : Pas de fréquence sauf si situation particulière, ex. pour aller à la salle de bain, doit utiliser un escalier.

* Ressources : _____ _____ _____

*** Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

B6. CIRCULER À L'EXTÉRIEUR

☐ **0** Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette)

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Utilise seul un F.R. ou un triporteur ou un quadriporteur.

☐ **-1.5** Avec difficulté

OU circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire

☐ **-2** A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher OU utiliser un F.R.

☐ **-3** Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière) OU ne circule pas à l'extérieur

L'environnement extérieur où habite le sujet permet l'accès et la circulation en F.R. ou triporteur ou quadriporteur 0 ☐

Oui

Non

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui

Non -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : selon besoin

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

C COMMUNICATIONS

C1. VOIR

☐ **0** Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs

☐ **-1** Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes

☐ **-2** Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes

☐ **-3** Aveugle

☐ verres correcteurs ☐ loupe

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

INCAPACITÉS HANDICAP

C2. ENTENDRE

☐ **0** Entend convenablement avec ou sans appareil auditif

☐ **-1** Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif

☐ **-2** N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes

☐ **-3** Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer

☐ appareil auditif

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

C3. PARLER

☐ **0** Parle normalement

☐ **-1** A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée

☐ **-2** A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel

☐ **-3** Ne communique pas

Aide technique :

☐ ordinateur ☐ tableau de communication

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

D. FONCTIONS MENTALES

D1. MÉMOIRE

☐ **0** Mémoire normale

☐ **-1** Oublie des faits récents (noms de personnes, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants

☐ **-2** Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer la cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs, etc.)

☐ **-3** Amnésie quasi-totale

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

D2. ORIENTATION

☐ **0** Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes

☐ **-1** Est quelquefois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes

☐ **-2** Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières

☐ **-3** Désorientation complète

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

INCAPACITÉS HANDICAP

D3. COMPRÉHENSION

- ☐ **0** Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande
- ☐ **-1** Est lent à saisir des explications ou des demandes
- ☐ **-2** Ne comprend que partiellement même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages
- ☐ **-3** Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

D4. JUGEMENT

- ☐ **0** Évalue les situations et prend des décisions sensées
- ☐ **-1** Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées
- ☐ **-2** Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère
- ☐ **-3** N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires : *justifier la cote du handicap :*

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

D5. COMPORTEMENT

☐ **0** Comportement adéquat → 0 ☐

☐ **-1** Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotive, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle OU un rappel à l'ordre OU une stimulation

☐ **-2** Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants)

☐ **-3** Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver

Actuellement, le sujet a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

E. TÂCHES DOMESTIQUES (Activités de la vie domestique)

E1. ENTRETENIR LA MAISON (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels)

☐ **0** Entretient seul la maison → 0 ☐

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Entretient la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert une surveillance ou une stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver le plancher, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.)

☐ **-2** A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison

☐ **-3** N'entretient pas la maison

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme 1 fois/sem

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

INCAPACITÉS HANDICAP

E2. PRÉPARER LES REPAS

☐ **0** Prépare seul ses repas

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable

☐ **-2** Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats)

☐ **-3** Ne prépare pas ses repas

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 7 jrs/7 ; 3 fois/ jour ; T = 21

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐ ☐ ☐

Commentaires :

E3. FAIRE LES COURSES

☐ **0** Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.)

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre

☐ **-2** A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses

☐ **-3** Ne fait pas les courses

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : 1 fois/sem.

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐ ☐ ☐

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

INCAPACITÉS HANDICAP

E4. FAIRE LA LESSIVE

☐ **0** Fait toute la lessive seul

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable

☐ **-2** A besoin d'aide pour faire la lessive

☐ **-3** Ne fait pas la lessive

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : Cote les journées de lessive et non le nb de brassées
En cas d'handicap, l'aide doit être apportée 1 fois/sem. au moins

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

E5. UTILISER LE TELEPHONE

☐ **0** Se sert du téléphone (incluant la recherche d'un numéro de téléphone dans le bottin)

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence

☐ **-2** Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur

☐ **-3** Ne se sert pas du téléphone

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

INCAPACITÉS HANDICAP

E6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT

☐ **0** Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.)

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté

☐ **-2** N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre

☐ **-3** Doit être transporté sur civière

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires : Si aucune sortie dans la dernière année, cochez la case appropriée:

☐ refuse de sortir ☐ aucune personne pour l'accompagner ☐ absence de transport adapté ☐ manque de ressources financières

☐ Autres : _____

E7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS

☐ **0** Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament

☐ **-0.5** Avec difficulté _____

☐ **-1** A besoin de la surveillance (incluant surveillant à distance) pour prendre convenablement ses médicaments OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne)

☐ **-2** Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement

☐ **-3** On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun

Utilise un pilulier : _____

☐ Oui ☐ Non

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité — Oui → 0 ☐ ; Non → -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐

Norme : Nb de prise de médicament/jour, pas nb. de médicaments

Qui fait le pilulier : _____

Nombre de prise par jour : _____

Qui fait prendre les médicaments

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐•

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

E8. GÉRER SON BUDGET

☐ **0** Gère seul son budget

☐ **-0.5** Avec difficulté

☐ **-1** A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes

☐ **-2** A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise à bon escient l'argent de poche qu'on lui remet

☐ **-3** Ne gère pas son budget

Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

Oui → 0 ☐

Non
- -1 ☐
- -2 ☐
- -3 ☐

* Ressources : _____ _____ _____

Fréquence : _____ _____ _____

Stabilité : ☐+ ☐- ☐·

Commentaires :

* Ressources : **1.** Usager **2.** Entourage **3.** Public professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **4.** Public para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé) **5.** Privé professionnel (infirmière, infirmière auxiliaire) **6.** Privé para-professionnel (auxiliaire familiale, préposé, coiffeuse) **7.** Popote roulante/Coop services à domicile **8.** Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, diététiste, podiatre, pharmacien) **9.** Refuse le service disponible.

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

Sources :

Suppléments de revenu garanti ❒
Régime des rentes du Québec ❒
Pension de sécurité de vieillesse ❒
Régime privé de retraite ❒
Revenu de placements ❒
Revenu de travail ❒
Prestation au survivant (régime de pension du canada) ❒

Dans quelle mesure estimez-vous que votre revenu vous permet de satisfaire vos besoins **(PLASTIFIÉE)**

Très bien	Convenablement	Difficilement	Pas très bien	Pas du tout	R	NSP
1	2	3	4	5	6	7

Impacts du manque de revenus si réponse est de 3 à 5:

Contribution des enfants ❒ Impacts sur les besoins essentiels ❒ Impact sur les activités de loisirs ❒ Autres ❒

Commentaires :

Est-ce qu'il y a des dispositions relatives à la gestion des finances?

Procuration bancaire Oui ❒ Non ❒
Procuration générale notariée Oui ❒ Non ❒
Fiducie Oui ❒ Non ❒
Mandat en cas d'inaptitude non homologué Oui ❒ Non ❒

Qui est la personne détentrice de la disposition ?

Conjoint ❒
Fille ❒
Fils ❒
Sœur ❒
Frère ❒
Nièce ❒
Neveu ❒
Cousin ❒
Ami ❒
Autres ❒

* **RESSOURCES :** 1. Famille 2. Voisin 3. Employé 4. Auxiliaire familial 5. Infirmière 6. Bénévole 7. Autre 8. Préposé

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

Capacité de la personne à participer aux décisions de fin de vie en lien avec les soins ?

Oui ❒ Non ❒

*** RESSOURCES :** 1. Famille 2. Voisin 3. Employé 4. Auxiliaire familial 5. Infirmière 6. Bénévole 7. Autre 8. Préposé

**** STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

Grille d'évaluation du fonctionnement social

SMAF SOCIAL

Nom : _____ # dossier : _____

Date de naissance : _____

Nom de l'évaluateur (lettres moulées) : _____

Date de l'évaluation : _____

NAM : _____ Milieu de vie : _____

Stabilité **

incapacités	Handicap		Stabilité **
1. Occuper son temps libre.			
0 Identifie et choisit des activités et y participe de façon autonome	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ oui ☐ non Ressources * : ☐☐☐☐☐	0 -1 -2 -3	– + •
-1 Doit être encouragé ou stimulé à choisir des activités ou à prendre part à des activités sociales ou récréatives			
-2 Nécessite de l'aide afin d'identifier des activités ou d'y participer			
-3 N'a plus la capacité d'identifier des activités et d'y prendre part OU ne fait aucune activité			
Commentaires : _____			
2. Maintenir ou créer des liens significatifs avec sa famille, ses proches, ses amis et ses intervenants.			
0 A des contacts significatifs avec son entourage	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ oui ☐ non Ressources* : ☐☐☐☐☐	0 -1 -2 -3	– + •
-1 Doit être encouragé ou stimulé à créer ou maintenir des liens significatifs			
-2 N'entre plus par lui-même en relation avec son entourage			
-3 N'a plus de relations significatives avec son entourage			
Commentaires : _____			
3. Utiliser les ressources de son milieu			
0 Utilise les ressources de son réseau en temps opportun	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ oui ☐ non Ressources* : ☐☐☐☐☐	0 -1 -2 -3	– + •
-1 A besoin d'être stimulé ou orienté à aller chercher les ressources de son réseau			
-2 A besoin d'aide pour utiliser les ressources de son réseau			
-3 Ne fait aucune démarche			
Commentaires : _____			

* **RESSOURCES :** 1. Famille 2. Voisin 3. Employé 4. Auxiliaire familial 5. Infirmière 6. Bénévole 7. Autre 8. Préposé

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables OU ne s'applique pas.

Stabilité **

Incapacités	Handicap	
4. Agir de façon appropriée (respect, harmonie, politesse) dans ses relations avec les autres.		
0 Agit de façon appropriée avec les autres	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	**0** –
-1 Présente à l'occasion un manque de respect, de politesse ou d'harmonie nécessitant un reflet de son attitude Présente fréquemment des attitudes conflictuelles ou de non-respect dans ses relations avec les autres	☐ oui	**-1** +
-2 Agit toujours de façon non appropriée dans ses relations avec les autres OU n'a plus la capacité d'interagir avec les autres	☐ non	**-2** •
-3 Agit toujours de façon non appropriée dans ses relations avec les autres OU n'a plus la capacité d'interagir avec les autres	Ressources* : ☐☐☐☐☐	**-3**
Commentaires : _____		
5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation		
0 Accomplit ses rôles sociaux	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	**0** –
-1 N'accomplit pas un de ses rôles sociaux significatifs	☐ oui	**-1** +
-2 N'accomplit pas plusieurs de ses rôles sociaux significatifs	☐ non	**-2** •
-3 N'accomplit plus ses rôles sociaux significatifs OU n'a jamais eu de rôles sociaux significatifs	Ressources* : ☐☐☐☐☐	**-3**
Commentaires : _____		
6. Exprimer ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites.		
0 Exprime facilement ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	**0** –
-1 Doit être stimulé ou encouragé à s'exprimer	☐ oui	**-1** +
-2 A besoin d'aide pour s'exprimer	☐ non	**-2** •
-3 N'exprime plus ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites	Ressources* : ☐☐☐☐☐	**-3**
Commentaires : _____		
INCAPACITÉS - TOTAL : _____	**HANDICAP - TOTAL :** _____	

* **RESSOURCES :** 1. Famille 2. Voisin 3. Employé 4. Auxiliaire familial 5. Infirmière 6. Bénévole 7. Autre 8. Préposé

** **STABILITÉ :** dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

Signature _____ **Date** _____

Pour obtenir plus d'information sur le SMAF social :
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
500, rue Murray, bureau 900, Sherbrooke (Québec) J1G 2K6 CANADA
Tél. : 819 821-5122 • Téléc. : 819 821-5202
info@expertise-sante.com • www.expertise-sante.com

Milieu familial

Composition de la famille :

Nbre d'enfants : fille(s) _____ garçon(s) _____

Âge :	_____	C☐ R ☐ H-R ☐	Âge :	_____	C☐ R ☐ H-R ☐
	_____	C☐ R ☐ H-R ☐		_____	C☐ R ☐ H-R ☐
	_____	C☐ R ☐ H-R ☐		_____	C☐ R ☐ H-R ☐
	_____	C☐ R ☐ H-R ☐		_____	C☐ R ☐ H-R ☐

*C : conjoint (marié ou conjoint de fait) : cochez si la personne a un conjoint

*R : Région H-R : Hors-région

Nombre de petits-enfants/arrières petits-enfants : _____

Nombre de frères et sœurs vivants : Nbre de frères: _____

Nbre de sœurs : _____

Nombres de personnes significatives de la famille élargie (importantes pour la personne ou qui offrent du soutien)
(neveux/nièces, cousins/cousines: _____

Milieu social

Nombre de personnes significatives dans le réseau social (ami, voisin, ancien collègue de travail, partenaire de sport, membre d'un club ou association, bénévole)_____

Légende

Type de contact : courriel, téléphone, face-à-face

Fréquence des contacts :

1. 1 fois par jour	2. 2 à 6 fois semaine	3. 1 fois par semaine
4. 1 à 3 fois par mois	5. Moins d'une fois par mois	6. Jamais

Type de soutien :

1. émotionnel: (amour, empathie, sécurité, estime)
2. instrumental (AVQ, AVD, soutien civique, aide financière, transport)
3. informationnel (conseil, information, encouragement, guider, enseignement, rétroaction)
4. amitié/camaraderie (temps partagé avec une personne pour activités sociales et récréatives)
5. global (plus d'une forme de support)

Type de relation :

1. relation normale
2. relation proche
3. relation distante
4. relation conflictuelle
5. relation rompue

Compléter le tableau pour les personnes qui sont significatives (importantes pour la personne ou qui offrent du soutien) pour la personne âgée :

***Les personnes de la famille ou du réseau d'amis qui ont été citées dans le SMAF doivent s'y retrouver. Ne pas oublier de questionner la personne sur les membres de son réseau familial ou social qui sont présents et qui offrent d'autres formes de soutien (voir type de soutien) qu'instrumental (SMAF)**

Personne	Type de contact	Fréquence de contact	Type de soutien	Type de relation

Questions sur le fonctionnement familial

Est-ce que les membres partagent :

1) des soupers de familles? Oui ❒ Non ❒
2) des activités de loisirs? Oui ❒ Non ❒

Est-ce qu'il est important pour les membres de la famille de souligner ou d'assister à:

3) anniversaire? Oui ❒ Non ❒
4) vacances? Oui ❒ Non ❒
5) Réunions avec famille élargie? Oui ❒ Non ❒

Dans votre famille, est-il facile de

6) donner du soutien? Oui ❒ Non ❒
7) de recevoir du soutien? Oui ❒ Non ❒

Dans votre famille, diriez-vous que **(PLASTIFIÉE)**

8) les membres sont unis (tricotés serrés)? Beaucoup, moyennement, un peu, pas du tout
9) Les membres s'apprécient entre eux (s'aiment bien)? Beaucoup, moyennement, un peu, pas du tout
10) Les membres s'amusent entre eux ? Beaucoup, moyennement, un peu, pas du tout

Questions sur le réseau social (s'il y a des personnes significatives pour la personne âgée)

Dans votre réseau d'amis, est-il facile de?

11) donner du soutien? Oui ❒ Non ❒
12) de recevoir du soutien? Oui ❒ Non ❒
13) est-ce que ces relations sont satisfaisantes pour vous? Oui ❒ Non ❒
14) est-ce que cela représente un problème pour vous? Oui ❒ Non ❒

Événements de vie marquants touchant la personne âgée ou son conjoint dans la dernière année
(choix multiples)

décès d'un proche ❒ divorce ou séparation du couple ❒
perte de la maison ou du milieu de vie ❒ entrée en hébergement ❒
Maladie grave chez un proche ❒ perte d'un animal ❒
difficulté financière ❒ perte d'un permis de conduire ❒
autres ❒

Événements de vie marquants touchant l'entourage de la personne âgée dans la dernière année
(choix multiples)

décès d'un proche ❒ divorce ou séparation du couple ❒
Maladie grave chez un proche ❒ difficulté financière ❒
problèmes légaux ❒ emploi/perte d'emploi ❒
autres ❒

Est-ce que cet événement ou ces événements sont problématiques pour l'usager? Oui ❒ Non ❒

Questionnaire sur l'autonomisation **(PLASTIFIÉE)**

Comme pour un questionnaire précédent, les énoncés portent sur différents aspects du réseau de la santé lorsque vous avez reçu des services **au cours des 6 derniers mois**. Je vous demande premièrement votre perception et deuxièmement l'importance que vous accordez aux différentes situations.

Au cours des 6 derniers mois ...

1) Avez-vous le sentiment...

2) Dans quelle mesure est-ce important...(verbes soulignés)

Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Énormément	N/A		Pas d'imp.	Un peu d'imp.	Beaucoup d'imp.	Énormément d'imp.
1	2	3	4		1) Que vous et vos proches décidez (**décidiez**) si les soins et services de santé reçus sont nécessaires ? 1	1	2	3	4
1	2	3	4		2) Que vous et vos proches décidez (**décidiez**) du type de soins et services de santé reçus ? 2	1	2	3	4
1	2	3	4		3) Que vous et vos proches décidez (**décidiez**) de la quantité de soins et services de santé reçus ? 3	1	2	3	4
1	2	3	4		4) Que vous pouvez (**puissiez**) rejoindre un intervenant pour répondre à vos questions ? 5	1	2	3	4
1	2	3	4		5) Que vous faites (**fassiez**) respecter vos choix ? 7	1	2	3	4
1	2	3	4		6) Que vous obtenez (**obteniez**) toutes les informations que vous désirez (**désirez**)? 9	1	2	3	4
1	2	3	4		7) Que vous obtenez (**obteniez**) l'aide dont vous avez besoin ? 10	1	2	3	4
1	2	3	4		8) Que vous demandez (**demandiez**) des explications ? 15	1	2	3	4
1	2	3	4		9) Que vous posez (**posiez**) des questions ? 16	1	2	3	4
1	2	3	4		10) Que vous demandez (**demandiez**) des conseils ? 17	1	2	3	4

N/A = Ne s'applique pas

	Implication dans la dernière année
Infirmière	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :
Ergothérapeute	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :
Physiothérapeute	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :
Nutritionniste	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :
Orthophoniste	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :
Inhalothérapeute	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :
Psychologue	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :
Travailleur social	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :

Gestionnaire de cas	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :
Autre	Oui ❒ Non ❒ Évaluation ❒ Suivi ❒ Commentaires :

_____

_____

_____

_____

Liste de problèmes identifiés

Problèmes liés aux relations

☐ Conjugales
☐ Familiales
☐ Amicales
☐ Absence de relation

Problèmes liés au soutien social
☐ Absence de soutien
☐ Insuffisance de soutien
☐ Inadéquation du soutien
☐ Épuisement du proche aidant

Problèmes liés au soutien à domicile

☐ Coordination des services
    ☐ aux activités de la vie quotidienne (AVQ)
    ☐ aux tâches domestiques
    ☐ surveillance /répit
☐ Attente de services (liste d'attente)
☐ Absence de services
☐ Refus de services / équipements
☐ Recherche de services
☐ Changement de milieu de vie

Problèmes lié à l'humeur et comportement

☐ Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence
☐ Déficience intellectuelle
☐ Symptômes dépressif /dépression
☐ Attitude /trait ou trouble de personnalité
☐ Abus de substances (drogue ou alcool)
☐ loterie/jeu compulsif

Problèmes sociaux
☐ Financier
☐ Transport
☐ Logement (insalubrité, barrière architecturale, dangerosité des lieux)

☐ langue/culture/religion

Problèmes liés à la maltraitance

☐ Maltraitance physique
☐ Maltraitance psychologique ou émotionnelle
☐ Maltraitance sexuelle
☐ Maltraitance matérielle ou financière
☐ Violation des droits de la personne
☐ Négligence

Problèmes liés à l'adaptation aux pertes

☐ Incapacités
☐ Maladies aigües /chroniques
☐ Décès d'un conjoint ou d'un proche
☐ Nouveau milieu de vie
☐ Rôle social

Problème lié à l'inaptitude

☐ Besoin de protection

☐ Autres

_____
_____
_____
_____

Coordonnées du proche aidant

Nom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Raison du refus :

❒ Refus

Qui refuse? ❒ Le représentant ❒ L'aidant

Principal motif invoqué :

❒ Manque d'intérêt

❒ Manque de temps, trop occupé(e)

❒ Trop sollicité(e) pour d'autres études

❒ Aversion envers les études

❒ Maladie/ hospitalisation

❒ Refus non motivé

❒ Autre : _____

ANNEXE 5

Questionnaire destiné aux proches aidants

Question au proche aidant principal **# Sujet : _____**

Date de naissance : _____

Lien avec la personne aidée : _____

Quel est votre statut actuel ?

- Retraité ❒
- Travailleur temps complet ❒
- Travailleur temps partiel ❒
- Travailleur sur appel ❒
- Sans travail ❒

Quel est votre état civil ?

- Marié ❒
- Divorcé ❒
- Veuf ❒
- Séparé ❒
- Conjoint de fait ❒
- Célibataire ❒

Comment qualifiez-vous votre santé? (Choix unique)

- Excellente ❒
- Très bonne ❒
- Bonne ❒
- Passable ❒
- Mauvaise ❒

Quelle phrase résume le mieux votre motivation à aider ?

- J'aide parce que je donne autant que je reçois ❒
- J'aide par obligation ou devoir ❒
- J'aide par amour ❒
- J'ai un besoin personnel d'aider ❒

 # Sujet : _____

INVENTAIRE DU FARDEAU

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncés, **encerclez** À QUELLE FRÉQUENCE il vous arrive de vous sentir : **JAMAIS, QUELQUES FOIS, ASSEZ SOUVENT** ou **PRESQUE TOUJOURS.**

0 = JAMAIS
1 = RAREMENT
2 = QUELQUE FOIS
3 = ASSEZ SOUVENT
4 = PRESQUE TOUJOURS

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

1. Sentir que votre parent demande plus d'aide qu'il n'en a besoin?	**0 1 2 3 4**
2. Sentir qu'à cause du temps consacré à votre parent, vous n'avez plus assez de temps pour vous?	**0 1 2 3 4**
3. Vous sentir tiraillé(e) entre les soins à votre parent et les autres responsabilités familiales ou de travail?	**0 1 2 3 4**
4. Vous sentir embarrassé(e) par les comportements de votre parent?	**0 1 2 3 4**
5. Vous sentir en colère lorsque vous êtes en présence de votre parent?	**0 1 2 3 4**
6. Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis?	**0 1 2 3 4**
7. Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent?	**0 1 2 3 4**
8. Sentir que votre parent est dépendant de vous?	**0 1 2 3 4**
9. Vous sentir tendue quand vous êtes avec votre parent?	**0 1 2 3 4**
10. Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent?	**0 1 2 3 4**
11. Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent?	**0 1 2 3 4**
12. Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent?	**0 1 2 3 4**
13. Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent?	**0 1 2 3 4**

INVENTAIRE DU FARDEAU

---

0 = JAMAIS
1 = RAREMENT
2 = QUELQUE FOIS
3 = ASSEZ SOUVENT
4 = PRESQUE TOUJOURS

14. Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il pouvait compter?	**0 1 2 3 4**
15. Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent compte tenu de vos dépenses?	**0 1 2 3 4**
16. Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps?	**0 1 2 3 4**
17. Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent?	**0 1 2 3 4**
18. Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre?	**0 1 2 3 4**
19. Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent?	**0 1 2 3 4**
20. Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent?	**0 1 2 3 4**
21. Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent?	**0 1 2 3 4**
22. En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins de votre parent sont un fardeau, une charge?	**0 1 2 3 4**

***** Le mot parent désigne la personne à qui vous donnez de l'aide

ANNEXE 6

Questionnaire sociodémographique du travailleur social

Questionnaire sociodémographique

1. Numéro de sujet : _____

2. Date de naissance (année/mois/jour) : _____

3. Sexe : H ❒
   F ❒

4. Année d'obtention du diplôme en service social : _____

5. Type de diplôme obtenu : Baccalauréat ❒
   Maîtrise ❒
   Doctorat ❒

6. Est-ce le dernier diplôme obtenu ? Oui ❒ Non ❒

7. Si vous avez répondu Non à la **question 6**, précisez :
   - Le type de diplôme[1] obtenu : _____
   - La discipline : _____
   - L'année : _____

8. Si vous êtes présentement inscrits dans un programme d'étude universitaire, précisez :
   - Le type de diplôme[1] en cours d'obtention : _____
   - La discipline : _____
   - L'année prévue d'obtention: _____

9. Précisez le nombre d'années d'expérience en service social : _____

10. Précisez le nombre d'années d'expérience avec les personnes âgées en perte d'autonomie : _____

11. Précisez le nombre de mois ou d'années d'expérience dans le programme de soutien à domicile : _____

12. Précisez le nombre d'années à l'emploi du CSSS : _____

13. Précisez le nombre de jours travaillés par semaine : _____

[1]*Type de diplôme : microprogramme, certificat, baccalauréat, maîtrise, doctorat*

14. Est-ce que votre charge de cas est composée uniquement de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie au soutien à domicile ? Oui ❒ Non ❒

15. Si vous avez répondu Non à la **question 14**, spécifiez auprès de quelle autre clientèle vous intervenez :

    Déficience physique ❒
    Santé mentale ❒
    Soins palliatifs ❒
    Autre ❒ Spécifiez clientèle :

    _____

16. Comment partagez-vous votre temps entre les personnes âgées en perte d'autonomie et cette autre clientèle (exprimez-le en %)?

    _____

    _____

17. Est-ce qu'une partie de votre tâche est consacrée à toute autre fonction que celle d'intervenant au SAD auprès des personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie? Oui ❒ Non ❒

18. Si vous avez répondu oui à la **question 17**, spécifiez :

    Gestion de cas ❒
    Équipe d'accueil ❒
    ACP (assistante à la coordination professionnelle) ❒
    Intervenante dans un autre programme que le SAD ❒

19. Combien de temps y consacrez-vous (exprimez-le en %)?

    _____

20. Actuellement, combien de dossiers avez-vous dans votre charge de cas?

    _____

ANNEXE 7

Questionnaire sur l'organisation et l'offre de services en services social

Questionnaire CSSS
Organisation et offre du service social au SAD

1. Dans le programme de soutien à domicile, est-ce qu'il y a une équipe de gestionnaires de cas?
   Oui ❒
   Non ❒

2. Quel modèle de gestion de cas avez-vous actuellement?
   Modèle à rôle unique ❒
   Modèle hybride ❒
   Modèle mixte ❒

3. Combien de gestionnaires de cas en fonction y a-t-il?
   _____

4. Ces professionnels sont de quelles professions?
   _____
   _____
   _____
   _____

5. Il y a-t-il une équipe d'accueil, d'évaluation, d'information et de référence?
   Oui ❒
   Non ❒
   Commentaires :
   _____
   _____
   _____

6. Cette équipe est composée de combien de personnes? _____

7. Ces professionnels sont de quelles professions?_____
   _____
   _____
   _____

8. Est-ce que toutes les demandes d'évaluation pour les personnes âgées de 65 ans et plus sont traitées par cette équipe?

Oui ❒
Non ❒
Commentaires:_____
_____
_____
_____

9. Combien d'intervenants en service social sont affectés au suivi à long terme des personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie ?
Spécifiez le nombre total :

_____

10. Combien y a-t-il de technicien en travail social ?
Spécifiez le nombre total :

_____

11. Combien y a-t-il de bachelier en travail social ou en service social :
Spécifiez le nombre total :

_____

12. Combien y a-t-il de détenteurs de maîtrise en travail social ou en service social :
Spécifiez le nombre :
_____

13. Quel autre professionnel est affecté au suivi à long terme des personnes en perte d'autonomie?
Physiothérapeute ❒
Ergothérapeute ❒
Infirmière ❒
Médecin ❒
Nutritionniste ❒
Psychologue ❒
Pharmaciens ❒
Orthophonistes ❒
Autres : ❒ Spécifiez:
_____

14. Est-ce que le CSSS possède un cadre de référence entourant la pratique en service social?
Oui ❒
Non ❒
Commentaires :
_____

_____

Date du document : _____

15. Est-ce que les intervenants en service social affectés au suivi à long terme ont accès à :
    - De la consultation* ❒
    - De la supervision * ❒
    - Du personnel d'encadrement (Chef de service et ACP) ❒
    - Du personnel de soutien (Secrétaire, archiviste ou technicien en informatique) ❒

    * Consultation : si l'intervenant a accès à des consultations d'expertise auprès de ses collègues du service social

    *Supervision : si l'intervenant a accès à des rencontres formelles avec un superviseur clinique qui touche à la fois les savoirs, les savoirs-faire, les savoirs-êtres

16. Est-ce que le soutien entre pairs est pratiqué au sein de votre service?
    Oui ❒
    Non ❒
17. Est-ce que le mentorat est une pratique utilisée au sein de votre service?
    Oui ❒
    Non ❒

18. Est-ce que les intervenants en service social partagent leurs bureaux?
    Oui ❒
    Non ❒

19. Si oui avec combien de personnes? _____

20. De quelles professions?
    _____
    _____

21. Est-ce que les intervenants qui partagent un même bureau travaillent en équipe sur les mêmes dossiers?
    Oui ❒
    Non ❒

22. Est-ce que les intervenants ont leur propre ordinateur ou doivent-ils le partager?

_____

23. Combien de dossiers de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie sont traités chaque année par votre service?

_____

24. Combien d'intervenants en service social ont été orientés au soutien à domicile cette année?

_____

25. Combien de postes non comblés en service social y a-t-il dans le soutien à domicile?

_____

ANNEXE 8

Lettre d'approbation du comité d'éthique sur le vieillissement du CSSS-IUGS

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Health and Social Services Centre –
University Institute of Geriatrics of Sherbrooke

Sherbrooke, le 14 janvier 2010

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE
EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke atteste :

1. Qu'il exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques;
2. Qu'aucun des membres n'était en conflit d'intérêt lors de l'évaluation des documents soumis par le chercheur;
3. Qu'il a dûment évalué et approuvé les documents qui lui ont été soumis.

Titre du projet de recherche
Caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile

Cette approbation a été demandée par :
Madame Nicole Dubuc et Marie-France Dubois, chercheures responsables
Madame Nathalie Delli-Colli, étudiante responsable

Le numéro de dossier attribué à ce projet par le CÉR est le 2010-22/DELLI-COLLI

Documents évalués :

- ☒ Protocole de recherche, daté du 9 novembre 2010
- ☒ Annexe 1 : Liste d'activité en service sociale
- ☒ Annexe 2 : Formation TEDDI
- ☒ Annexe 3 : Journal de bord
- ☒ Annexe 4 : Échelle analogue de la performance
- ☒ Annexe 5 : Questionnaire « Organisation et offre du service social »
- ☒ Annexe 6 : Questionnaire sociodémographique des ISS
- ☒ Annexe 7 : Grille d'évaluation des dossiers cliniques
- ☒ Annexe 8 : SMAF
- ☒ Annexe 9 : SMAF social
- ☒ Annexe 10 : Questionnaire de l'autonomisation
- ☒ Annexe 11 : Inventaire du fardeau de Zarit
- ☒ Figure 1 : Sommaire de la procédure Delphi
- ☒ Figure 2 : Développement et validation de la liste d'activités en service social
- ☒ Figure 3 : Illustration de la structure multi niveaux des données
- ☒ Lettre d'octroi du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS)
- ☒ Formulaire d'information et de consentement - gestionnaire - version datée du 13 décembre 2010
- ☒ Formulaire d'information et de consentement - Intervenant, version datée du 13 décembre 2010
- ☒ Formulaire d'information et de consentement - Personne âgée - version datée du 13 décembre 2010
- ☒ Formulaire d'information et de consentement - Proche aidant - version datée du 13 décembre 2010
- ☒ Formulaire d'information et de consentement - Représentant légal - version datée du 13 décembre 2010

L'approbation éthique pour ce projet de recherche est valide jusqu'au 13 janvier 2012.

Dre Gina Bravo, Ph.D.,
Présidente

Hôpital
et centre d'hébergement D'Youville

Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
Téléphone : 819 780-2220, poste 45386
Télécopieur : 819 829-7141

Centre affilié UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Health and Social Services Centre –
University Institute of Geriatrics of Sherbrooke

Sherbrooke, le 14 janvier 2011

Madame Nicole Dubuc
Madame Marie-France Dubois
Chercheures responsables
Centre de recherche sur le vieillissement
Centre de santé et de services sociaux -
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Hôpital et centre d'hébergement D'Youville
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Objet : Approbation finale du projet de recherche intitulé
Caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile
Dossier 2010- 22 / Delli-Colli

Madame Dubuc,
Madame Dubois,

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) accuse réception de la documentation que vous lui avez transmise en date du 16 décembre 2010, cette dernière faisant référence à sa correspondance du 28 septembre 2011, laquelle vous octroyait une approbation conditionnelle au projet cité en rubrique. Ainsi, le Comité a révisé les documents suivants :

- Protocole de recherche

Votre projet de recherche ainsi que vos réponses et les modifications apportées ont été évalués, en comité restreint, le 13 janvier 2011. Le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS.

Les documents que le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Protocole de recherche, daté du 9 novembre 2010
- Annexe 1 : Liste d'activité en service sociale
- Annexe 2 : Formation TEDDI
- Annexe 3 : *Journal de bord*
- Annexe 4 : Échelle analogue de la performance
- Annexe 5 : Questionnaire « Organisation et offre du service social »
- Annexe 6 : Questionnaire sociodémographique des ISS
- Annexe 7 : Grille d'évaluation des dossiers cliniques
- Annexe 8 : SMAF
- Annexe 9 : SMAF social

- Annexe 10 : Questionnaire de l'autonomisation
- Annexe 11 : Inventaire du fardeau de Zarit
- Figure 1 : Sommaire de la procédure Delphi
- Figure 2 : Développement et validation de la liste d'activités en service social
- Figure 3 : Illustration de la structure multi niveaux des données
- Lettre d'octroi du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS)
- Formulaire d'information et de consentement - gestionnaire - version datée du 13 décembre 2010
- Formulaire d'information et de consentement - Intervenant, version datée du 13 décembre 2010
- Formulaire d'information et de consentement - Personne âgée - version datée du 13 décembre 2010
- Formulaire d'information et de consentement - Proche aidant - version datée du 13 décembre 2010
- Formulaire d'information et de consentement - Représentant légal - version datée du 13 décembre 2010

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 13 janvier 2011, date de l'approbation finale. Deux mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

En acceptant ce certificat d'éthique, vous vous engagez à :

- Soumettre, pour approbation préalable au Comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.

- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et s'il y a lieu :
  - *les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents* observés en cours de recherche, et ce, dans les six jours ouvrables qui suivent;
  - tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
  - toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
  - la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
  - *tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une* vérification interne ou externe;
  - toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
  - toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

Vous retrouverez les formulaires du Comité téléchargeables sur le site web du CSSS-IUGS.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

En terminant, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie de recevoir, Madame Delli-Colli, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La présidente,

GB/lt

Dre Gina Bravo, Ph.D.

c.c. Madame Nathalie Delli-Colli, étudiante responsable du projet de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS

P.j. Certificat éthique en matière de recherche sur des humains

ANNEXE 9

Lettre d'approbation du comité d'éthique des CSSS de l'Estrie

Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie

Sherbrooke, le 7 février 2011

:hantal Doré,
'résidente

lonelle Parent,
xperte en éthique

ophie Brisson,
ıriste

ıdrey Brassard,
hercheuse

ernard Martineau,
édecin, chercheur

cques Quintin,
ıercheur
présentant le CLSC
lversitaire

chel Nolin,
embre issu du public

ıtia Mercier,
ervenant

nick Lenoir,
ofesseure

berte Fortin,
ımbre issu du public

ene-Marie Gaulin,
mbre substitut,
ste

rie-Josée Donahue,
mbre substitut
ıerte en éthique

olle Bernier,
mbre substitut
decin

tariat
ue Murray, bureau 100
rooke (Québec) J1G 2K6
819 562-9121, poste 47101
opieur : 819780-1303
iel :
tte.cssss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Madame Nicole Dubuc
Madame Marie-France Dubois
Centre de recherche sur le vieillissement
CSSS - IUGS
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Objet : Approbation finale du projet de recherche intitulé
Caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile
Dossier MP-CSSS-ESTRIE-11-002

Mesdames,

Le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie accuse réception de la documentation que vous lui avez transmise en date du 4 février 2011, cette dernière faisant référence à sa correspondance du 3 février 2011, laquelle vous octroyait une approbation conditionnelle au projet cité en rubrique. Ainsi, le comité a révisé les documents suivants :

- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Représentant légal, version du 13 décembre 2010.
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Proche aidant, version du 13 décembre 2010.
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Personne âgée, version du 13 décembre 2010.
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Intervenant, version du 13 décembre 2010.
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Gestionnaire, version du 13 décembre 2010.

Les modifications apportées aux formulaires de consentement sont jugées satisfaisantes, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Les documents que le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Protocole de recherche intitulé *Caractéristique des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile*
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Représentant légal, version du 13 décembre 2010.
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Proche aidant, version du 13 décembre 2010.

- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Personne âgée, version du 13 décembre 2010.
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Intervenant, version du 13 décembre 2010.
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche - Gestionnaire, version du 13 décembre 2010.

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 7 février2011, date de l'approbation finale. Deux mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie en utilisant le document du comité prévu à cet effet.

En acceptant ce certificat d'éthique, vous vous engagez à :

➢ Soumettre, pour approbation préalable au comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le comité pour la réalisation de votre projet.

➢ Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et s'il y a lieu :
- les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche;
- tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
- la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
- tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe;
- toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
- toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils.

Je vous prie de recevoir, Mesdames, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La présidente,

Chantal Doré

CD/lt

c.c. Madame Nathalie Delli-Colli, étudiante responsable du projet de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS.

Annexe 9
Formulaire de consentement
Gestionnaire CSSS

Centre de recherche
sur le vieillissement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(Gestionnaire)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Nicole Dubuc, inf., Ph.D, chercheure responsable du projet, Centre de recherche sur le vieillissement
Réjean Hébert, MD, M.Phil., co-chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement
Marie-France Dubois, Ph.D, co-chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement
Nathalie Delli-Colli, t.s., étudiante responsable, Centre de recherche sur le vieillissement

NOM DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

La chercheure responsable de ce projet a reçu un financement du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

PREAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Page 2 sur 30

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le présent projet s'intéresse à la charge de travail des intervenants formés en service social travaillant au soutien à domicile. Les usagers du soutien à domicile reçoivent différents services de votre Centre de santé et de services sociaux (CSSS) dont ceux d'un ou d'une intervenant(e) en service social. Cette personne assiste la personne âgée dans différentes démarches et elle assure un suivi de sa situation en la visitant ou en lui téléphonant. Cette personne a la responsabilité de plusieurs dossiers d'usagers du soutien à domicile et doit répartir son temps entre eux. Certains problèmes rencontrés chez les usagers du soutien à domicile peuvent exiger plus de temps. Il est important de les identifier afin de soutenir les intervenants ainsi que les gestionnaires du soutien à domicile dans la planification de leur travail et dans l'organisation des services aux usagers.

Vous êtes invité(e) à participer à ce projet de recherche puisque vous êtes le (la) gestionnaire responsable des intervenants en service social au programme de soutien à domicile de votre CSSS.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation comme gestionnaire consiste à compléter un questionnaire téléphonique d'une durée de 30 minutes sur les services psychosociaux offerts au soutien à domicile avec l'étudiante responsable du projet. Une rencontre en personne est également possible si vous le préférez. De plus, vous devrez identifier les intervenants de votre équipe qui sont admissibles au projet de recherche. Nous en sélectionnerons au hasard dans cette liste et ils seront contactés par l'étudiante

responsable du projet afin de vérifier leur intérêt à participer au projet de recherche. Leur participation consistera à prendre part à une étude de temps et mouvements pendant 11 jours. Dans le cadre de leurs activités habituelles, ils effectueront une saisie informatique de l'ensemble des activités effectuées pendant ces journées de travail. Avant de débuter, ils devront être libérés pour une formation de deux heures et pour compléter un court questionnaire. Dans un deuxième temps, certains usagers de ces intervenants seront rencontrés par une évaluatrice de l'équipe de recherche afin de compléter un questionnaire. Au préalable, l'évaluatrice recueillera des données au dossier de l'usager, suite à l'autorisation de ce dernier. Vous n'aurez accès à aucune donnée individuelle que nous recueillerons auprès des intervenants ou des bénéficiaires du CSSS.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il se peut que la participation au projet de recherche amène votre équipe à réfléchir sur la charge de travail. Si vous vous retrouvez dans cette situation, nous vous invitons à en discuter avec la chercheure responsable.
En plus du temps consacré à l'entrevue téléphonique, vous devrez libérer du temps aux intervenants afin de leur permettre d'assister à la formation et de compléter un questionnaire sociodémographique.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheure responsable du projet. En cas de retrait de votre part au cours de l'étude, elle ne pourra pas continuer et les intervenants seront automatiquement retirés.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheure responsable du projet recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis.

Ces renseignements comprendront des données telles que votre âge, votre scolarité, votre nombre d'années d'expérience. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié (e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheure responsable.

La chercheure responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 5 ans par la chercheure principale. Par la suite, les données seront détruites de manière sécuritaire selon les règles et normes en vigueur de l'établissement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques mais il sera impossible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS ou par une personne nommée par un organisme public autorisé. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheure responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous n'aurez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun droit ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à ce projet de recherche. Il en est de même pour les intervenants et les bénéficiaires de votre CSSS qui participeront au projet.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec **Nicole Dubuc**, chercheure principale au 819-780-2220 poste 45633 ou **Nathalie Delli-Colli**, étudiante responsable du projet de recherche au (819) 780-2220 poste 45405.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS-IUGS au numéro suivant : (819) 780-2220 poste 40204.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi administratif annuel. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom et signature du participant Date

AUTORISATION

Étude ultérieure

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche en lien avec le présent projet. Dans cette éventualité, autorisez-vous la chercheure responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche ?

Oui ☐ Non ☐

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nathalie Delli-Colli, étudiante responsable du projet de recherche Date

ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, qu'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à en **remettre une copie signée au participant.**

Nicole Dubuc, chercheure responsable du projet de recherche Date

Annexe 10
Formulaire de consentement
Intervenant en service social

Centre de recherche
sur le vieillissement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(Intervenant)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Nicole Dubuc, inf., Ph.D, chercheure responsable du projet, Centre de recherche sur le vieillissement
Réjean Hébert, MD, M.Phil., co-chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement
Marie-France Dubois, Ph.D, co-chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement
Nathalie Delli-Colli, t.s., étudiante responsable, Centre de recherche sur le vieillissement

NOM DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

La chercheure responsable de ce projet a reçu un financement du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le présent projet s'intéresse à la charge de travail des intervenants formés en service social et travaillant au soutien à domicile. Les usagers du soutien à domicile reçoivent différents services de votre Centre de santé et de services sociaux (CSSS) dont ceux d'un ou d'une intervenant(e) en service social. Cette personne assiste la personne âgée dans différentes démarches et elle assure un suivi de sa situation en la visitant ou en lui téléphonant. Cette personne a la responsabilité de plusieurs dossiers d'usagers du soutien à domicile et doit répartir son temps entre eux. Certains problèmes rencontrés chez les usagers du soutien à domicile peuvent exiger plus de temps. Il est important de les identifier afin de soutenir les intervenants ainsi que les gestionnaires du soutien à domicile dans la planification de leur travail et dans l'organisation des services aux usagers.

Vous êtes invité(e) à participer à ce projet de recherche parce que vous travaillez comme travailleur (se) social(e) ou agent(e) d'intervention en service social au CSSS.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Dans un premier temps, votre participation consistera à assister à une formation de deux heures afin de vous familiariser avec une liste d'activités réalisées par les intervenants en service social et à l'utilisation d'un ordinateur de poche. Vous serez

libéré de votre travail pour cette période et cette formation aura lieu sur votre lieu de travail.

Dans un deuxième temps, vous participerez à l'étude de temps et mouvements avec le logiciel TEDDI. Cette étape consiste à utiliser pendant 11 jours de travail une plate-forme informatique mobile de type ordinateur de poche (Palm OS 5.0) dans laquelle est intégrée une liste d'activités en service social. Vous devrez alors utiliser l'ordinateur de poche qui vous sera remis lors de la formation pour noter au fur et à mesure les activités que vous effectuerez. À la fin de votre journée de travail, vous transférerez les données de votre ordinateur de poche vers un ordinateur fixe. La première journée d'utilisation de TEDDI sera considérée comme un pré-test afin de vous familiariser avec l'appareil. Les données de cette première journée seront retirées de l'analyse. Au total, dix jours de saisie dans TEDDI seront traités.

Vous devrez également compléter un questionnaire auto-administré recueillant des informations de nature sociodémographique comme votre âge, votre formation, votre nombre d'années d'expérience (en intervention, au programme SAD). Des données administratives telles que le pourcentage de temps travaillé auprès des personnes de 65 ans et plus et le nombre de dossiers ouverts seront également colligées. Répondre à ce questionnaire devrait vous prendre au maximum 15 minutes.

Enfin, vous devrez demander à toutes les personnes âgées qui auront reçu une intervention de votre part au cours des 10 jours si elles acceptent que leur coordonnées soient transmises par téléphone à l'étudiante responsable afin qu'une évaluatrice de l'équipe de recherche communique avec eux pour procéder à une entrevue à leur domicile. Dans le cas d'une personne âgée incapable de consentir par elle-même (selon votre jugement clinique), vous transmettrez les coordonnées de son représentant légal ou de son proche aidant. Au total, un maximum de 12 jours de travail vous sera demandé.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il se peut que la participation au projet de recherche vous amène à réfléchir sur votre charge de travail. Si vous le désirez, vous pourrez alors en discuter avec la chercheure responsable. Par ailleurs, si vos préoccupations nécessitent une intervention plus formelle, les chercheurs responsables vous référeront au programme d'aide aux employés.

Vous pouvez ressentir de la fatigue lors des journées où vous allez participer à l'étude. De plus, il se peut que vous éprouviez un sentiment de surcharge par rapport à votre charge de travail habituelle.

AVANTAGES

La participation à une étude de temps et mouvements en continu peut amener un intervenant à constater que sa planification du travail n'est pas optimale et peut l'aider à s'ajuster au niveau de son organisation du temps. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheure responsable du projet.

CONFIDENTIALITE

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheure responsable du projet recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis.

Ces renseignements comprendront des données comme votre âge, votre scolarité, votre nombre d'années d'expérience, et votre charge de travail sur 10 jours. L'équipe de recherche s'occupera d'informer votre gestionnaire de votre accord à participer au projet de recherche. Toutefois, mis à part votre accord à participer au présent projet de recherche, aucune donnée nominative ou individuelle ne sera transmise à votre gestionnaire responsable. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheure responsable.

La chercheure responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 5 ans par la chercheure principale. Par la suite, les données seront détruites de manière sécuritaire selon les règles et normes en vigueur de l'établissement.

Les résultats pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques mais il sera impossible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS ou par une personne nommée par un organisme public autorisé. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheure responsable du projet ou l'établissement détiendra ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous n'aurez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun droit, ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec **Nicole Dubuc**, chercheure principale au 819-780-2220 poste 45633 ou **Nathalie Delli-Colli**, étudiante responsable du projet de recherche au (819) 780-2220 poste 45405.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez

communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS-IUGS au numéro suivant : (819) 780-2220 poste 40204.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ETHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi administratif annuel. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement me sera remise.

_____

Nom et signature du participant Date

AUTORISATION

Étude ultérieure

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche en lien avec le présent projet. Dans cette éventualité, autorisez-vous la chercheure responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche ?

Oui ☐ Non ☐

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

_____

Nathalie Delli-Colli, étudiante responsable du projet de recherche Date

ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, qu'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à en **remettre une copie signée au participant.**

Nicole Dubuc, chercheure responsable du projet de recherche Date

Annexe 11
Formulaire de consentement
Personne âgée

Centre de recherche
sur le vieillissement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

(Personne âgée)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Caractéristique des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail
en service social au soutien à domicile

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Nicole Dubuc, inf., Ph.D, chercheure responsable du projet, Centre de recherche sur le vieillissement
Réjean Hébert, MD, M.Phil., co-chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement
Marie-France Dubois, Ph.D, co-chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement
Nathalie Delli-Colli, t.s., étudiante responsable, Centre de recherche sur le vieillissement

NOM DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

La chercheure responsable de ce projet a reçu un financement du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

PREAMBULE

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche. Cependant, avant d'accepter d'y participer et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable du projet ou à son personnel et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le présent projet s'intéresse à la charge de travail des intervenants formés en service social travaillant au soutien à domicile. Comme usager du soutien à domicile, vous recevez différents services de votre Centre de santé et de services sociaux (CSSS) dont ceux d'un ou d'une intervenante en service social. Cette personne vous assiste dans différentes démarches et elle assure un suivi de votre situation en vous visitant ou en vous téléphonant. Cette personne a la responsabilité de plusieurs dossiers d'usagers du soutien à domicile et doit répartir son temps entre eux. Certains problèmes rencontrés chez les usagers du soutien à domicile peuvent exiger plus de temps. Il est important de les identifier afin de soutenir les intervenants ainsi que les gestionnaires du soutien à domicile dans la planification de leur travail et dans l'organisation des services aux usagers.

DEROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation consistera à répondre à diverses questions que vous posera l'évaluatrice. Cette rencontre d'environ 90 minutes se déroulera à votre domicile ou au lieu de votre choix. Les questions porteront sur votre état de santé, sur la façon dont vous réalisez vos différentes activités, sur l'aide que vous recevez de votre CSSS ou de votre famille. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et vous

répondez au mieux de votre connaissance. Vous pouvez être assisté d'un proche si vous le souhaitez. Suite à cette rencontre et au besoin, votre dossier au CSSS sera consulté par l'évaluatrice pour compléter les diverses questions.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Vous n'encourez aucun risque en participant à ce projet de recherche.

INCONVÉNIENTS

Certains inconvénients peuvent découler de votre participation, par exemple le fait d'être fatigué après la visite de l'évaluatrice. Certaines questions posées par l'évaluatrice pourraient vous amener à réfléchir sur votre situation actuelle. Si vous le jugez nécessaire, vous pouvez en discuter avec cette dernière ou avec l'intervenant en service social responsable de votre dossier.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheure responsable du projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec la chercheure responsable du projet et les autres intervenants.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheure responsable du projet recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis.

Ces renseignements comprendront les informations contenues dans votre dossier du CSSS concernant votre état de santé, votre capacité à faire vos différentes activités, l'aide reçue de votre entourage et les services du CSSS utilisés. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance, votre état civil. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheure responsable.

La chercheure responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées

pendant 5 ans par la chercheure principale. Par la suite, les données seront détruites de manière sécuritaire selon les règles et normes en vigueur de l'établissement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques mais il sera impossible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS ou par une personne nommée par un organisme public autorisé. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheure responsable du projet ou l'établissement détiendra ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous n'aurez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun droit ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à ce projet de recherche.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec **Nicole Dubuc**, chercheur principale au (819)780-2220 poste 45633 ou **Nathalie Delli-Colli**, étudiante responsable du projet de recherche au (819) 780-2220 poste 45405.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS-IUGS au numéro suivant : (819) 780-2220 poste 40204.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi administratif annuel. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom et signature du participant Date

AUTORISATION

Étude ultérieure

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche en lien avec le présent projet. Dans cette éventualité, autorisez-vous la chercheure responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche ?

Oui ☐ Non ☐

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTement

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui a obtenu le consentement Date

ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET

Je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, qu'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à en **remettre une copie signée au participant**

Nicole Dubuc, chercheure responsable du projet de recherche Date

Annexe 12
Formulaire de consentement
Proche aidant

Centre de recherche
sur le vieillissement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(Proche aidant)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Nicole Dubuc, inf., Ph.D, chercheure responsable du projet, Centre de recherche sur le vieillissement
Réjean Hébert, MD, M.Phil., co-chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement
Marie-France Dubois, Ph.D, co-chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement
Nathalie Delli-Colli, t.s., étudiante responsable, Centre de recherche sur le vieillissement

NOM DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

La chercheure responsable de ce projet a reçu un financement du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation ainsi que celle de la personne que vous représentez à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable du projet de recherche ou à son personnel et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le présent projet s'intéresse à la charge de travail des intervenants formés en service social travaillant au soutien à domicile. La personne que vous représentez reçoit différents services du soutien à domicile du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de sa région dont ceux d'un intervenant en service social. Cette personne vous assiste dans différentes démarches et elle assure un suivi de la situation de la personne que vous représentez en la visitant, en vous visitant ou en vous téléphonant. Cet intervenant a la responsabilité de plusieurs dossiers d'usagers du soutien à domicile et doit répartir son temps entre eux. Certains problèmes rencontrés chez les usagers ou leur proche aidant peuvent exiger plus de temps. Il est important de les identifier afin de soutenir les intervenants ainsi que les gestionnaires du soutien à domicile dans la planification de leur travail et dans l'organisation des services aux usagers

Déroulement du projet de recherche

La personne âgée que vous représentez est invitée à participer à un projet de recherche. Vous devrez l'assister pour répondre aux diverses questions que posera l'évaluatrice. Dans le cas où la personne que vous représentez ne serait pas en mesure de répondre, vous serez alors invité à répondre à sa place.

Cette rencontre d'environ 90 minutes, se déroulera au domicile de la personne que vous représentez, à votre domicile ou à un lieu de votre choix. Les questions qui seront posées porteront sur l'état de santé, sur la capacité d'accomplir différentes activités et sur l'aide reçue du CSSS ou de la famille de la personne que vous représentez. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Suite à cette rencontre et au besoin, le dossier au CSSS de votre proche sera consulté par l'évaluatrice pour compléter les diverses questions.

De plus, votre participation consistera à répondre à un questionnaire portant sur votre rôle d'aidant auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie. La complétion du questionnaire vous prendra une quinzaine de minutes et, si vous avez besoin d'assistance pour le compléter, l'évaluatrice vous assistera. Vous pouvez le compléter ultérieurement et nous le retourner dans l'enveloppe-réponse.

Risques associés au projet de recherche

La participation à l'étude de la personne que vous représentez ne comporte aucun risque ni pour vous, ni pour elle.

Inconvénients

Certains inconvénients peuvent découler de la participation de la personne que vous représentez, comme par exemple le fait d'être fatigué après la visite de l'évaluatrice et le temps consacré à l'entrevue. Certaines questions posées par l'évaluatrice pourraient vous amener (vous et la personne que vous représentez) à réfléchir sur sa situation actuelle ou sur votre situation de proche aidant. Si vous le désirez, vous pouvez en discuter avec cette dernière ou avec l'intervenant en service social responsable du dossier de la personne que vous représentez.
Cette rencontre vous demandera de consacrer environ 90 minutes de votre temps plus votre temps de déplacement, s'il y a lieu.
Vous devrez également consacrer du temps à répondre au questionnaire portant sur votre rôle d'aidant.

Avantages

Vous et la personne que vous représentez ne retirerez aucun bénéfice personnel de ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Participation volontaire et possibilité de retrait

La participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser que la personne que vous représentez y participe. Vous pouvez également la retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner des raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheure responsable du projet. Votre décision de refuser que la personne sous votre responsabilité participe à ce projet, ou de l'en retirer, n'aura aucune conséquence sur les soins et services qu'elle reçoit.

Si vous retirez la personne que vous représentez du projet, les données la concernant que nous aurons recueillies dans le cadre du projet seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision d'autoriser que la personne sous votre responsabilité continue de participer à ce projet vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant la participation de la personne que vous représentez à ce projet de recherche, la chercheure responsable du projet recueillera et consignera dans un dossier de recherche des renseignements la concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis.

Ces renseignements comprendront les informations contenues dans son dossier du CSSS concernant son état de santé, sa capacité à faire ses différentes activités et les services du CSSS utilisés. Son dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que son nom, son sexe, sa date de naissance, son état civil. Le dosser de recherche comprendra également votre lien avec la personne que vous aidez et vos réponses au questionnaire sur le fardeau. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver son identité et la confidentialité des renseignements, elle ne sera identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant son nom à son dossier de recherche sera conservée par la chercheure responsable.

La chercheure responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 5 ans par la chercheure responsable. Par la suite, les données seront détruites de manière sécuritaire selon les règles et normes en vigueur de l'établissement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques mais il sera impossible de l'identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS ou par une personne nommée par un organisme public autorisé. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez droit de consulter le dossier de recherche de la personne que vous représentez pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheure responsable du projet ou l'établissement détiendra ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous n'aurez accès à certaines de ces informations qu'une fois terminée la participation de la personne que vous représentez.

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant la participation de la personne que vous représentez à ce projet, vous ne renoncez à aucun droit ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour la participation de la personne âgée que vous représentez à ce projet de recherche. Il en est de même pour celle-ci.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à la participation de la personne que vous représentez au projet de recherche, vous pouvez communiquer **Nicole Dubuc**, chercheure responsable au (819) 780-2220 poste 45633 ou avec **Nathalie Delli-Colli**, étudiante responsable du projet de recherche au (819) 780-2220 poste 45405.

Pour toute question concernant les droits de la personne que vous représentez en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS-IUGS au numéro suivant : (819) 780-2220 poste 40204.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ETHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi administratif annuel. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

En ma qualité de proche aidant, j'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Après réflexion, j'accepte que la personne que je représente participe à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

_____

Nom du participant

_____

Signature de la personne capable de comprendre la nature du projet

Assentiment verbal de la personne incapable de signer mais capable de comprendre la nature de ce projet : Oui ☐ Non ☐

_____

Nom et signature du proche aidant Date

AUTORISATION

Étude ultérieure

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche en lien avec le présent projet. Dans cette éventualité, autorisez-vous la chercheure responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à ce que la personne que vous représentez participe à une nouvelle recherche ?

Oui ☐ Non ☐

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au proche aidant du participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui a obtenu le consentement Date

ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET

Je certifie qu'on a expliqué au proche aidant du participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement à la recherche, qu'on a répondu aux questions que le proche aidant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à la participation de la personne qu'il représente, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à en **remettre une copie signée au proche aidant.**

Nicole Dubuc, chercheure responsable du projet de recherche Date

Annexe 13
Formulaire de consentement
Représentant légal

Centre de recherche
sur le vieillissement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(Représentant légal)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Caractéristiques des personnes âgées et des intervenants qui influencent la charge de travail en service social au soutien à domicile

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Nicole Dubuc, inf., Ph.D, chercheure responsable du projet, Centre de recherche sur le vieillissement
Réjean Hébert, MD, M.Phil., co-chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement
Marie-France Dubois, Ph.D, co-chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement
Nathalie Delli-Colli, t.s., étudiante responsable, Centre de recherche sur le vieillissement

NOM DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

La chercheure responsable de ce projet a reçu un financement du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation ainsi que celle de la personne que vous représentez à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable du projet de recherche ou à son personnel et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le présent projet s'intéresse à la charge de travail des intervenants formés en service social travaillant au soutien à domicile. La personne que vous représentez reçoit différents services du soutien à domicile du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de sa région dont ceux d'un intervenant en service social. Cette personne vous assiste dans différentes démarches et elle assure un suivi de la situation de la personne que vous représentez en la visitant, en vous visitant ou en vous téléphonant. Cet intervenant a la responsabilité de plusieurs dossiers d'usagers du soutien à domicile et doit répartir son temps entre eux. Certains problèmes rencontrés chez les usagers ou leur proche aidant peuvent exiger plus de temps. Il est important de les identifier afin de soutenir les intervenants ainsi que les gestionnaires du soutien à domicile dans la planification de leur travail et dans l'organisation des services aux usagers.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

La personne âgée que vous représentez est invitée à participer à un projet de recherche. Un proche aidant (qui peut être vous-même) devra l'assister pour répondre aux diverses questions que posera l'évaluatrice. Dans le cas où la personne

que vous représentez ne serait pas en mesure de répondre, le proche aidant sera alors invité à répondre à sa place.
Cette rencontre d'environ 90 minutes, se déroulera au domicile de la personne que vous représentez, au domicile de son proche aidant ou à un lieu de son choix. Les questions qui seront posées porteront sur l'état de santé, sur la capacité d'accomplir différentes activités et sur l'aide reçue du CSSS ou de la famille de la personne que vous représentez. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Suite à cette rencontre et au besoin, le dossier au CSSS de la personne que vous représentez sera consulté par l'évaluatrice pour compléter les diverses questions.

Si vous êtes le proche aidant de la personne que vous représentez, votre participation consistera à répondre à un questionnaire portant sur votre rôle d'aidant auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie. La complétion du questionnaire vous prendra une quinzaine de minutes et, si vous avez besoin d'assistance pour le compléter, l'évaluatrice vous assistera. Vous pouvez le compléter ultérieurement et nous le retourner dans l'enveloppe-réponse.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

La participation à l'étude de la personne que vous représentez ne comporte aucun risque ni pour vous, ni pour elle.

INCONVÉNIENTS

Certains inconvénients peuvent découler de la participation de la personne que vous représentez, comme par exemple le fait d'être fatigué après la visite de l'évaluatrice et le temps consacré à l'entrevue. Certaines questions posées par l'évaluatrice pourraient vous amener (vous et la personne que vous représentez) à réfléchir sur sa situation actuelle. Si vous le désirez, vous pouvez en discuter avec cette dernière ou avec l'intervenant en service social responsable du dossier de la personne que vous représentez.

AVANTAGES

Vous et la personne que vous représentez ne retirerez aucun bénéfice personnel de ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

La participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser que la personne que vous représentez y participe. Vous pouvez également la retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner des raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs responsables du projet. Votre décision de refuser que la personne sous votre responsabilité participe à ce projet, ou de l'en retirer, n'aura aucune conséquence sur les soins et services qu'elle reçoit.

Un adulte inapte à donner un consentement éclairé au plan juridique peut s'opposer à sa participation à une étude. Lors de notre rencontre avec la personne, nous ferons tout en notre possible pour lui expliquer la raison de notre visite, dans un langage adapté à son discernement. Nous nous engageons à respecter le refus de la personne à participer à l'étude, et ce, peu importe les moyens qu'elle utilise pour manifester son opposition.

Si vous retirez la personne que vous représentez du projet, les données la concernant que nous aurons recueillies dans le cadre du projet seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision d'autoriser que la personne sous votre responsabilité continue de participer à ce projet vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant la participation de la personne que vous représentez à ce projet de recherche, la chercheure responsable du projet ainsi que son personnel recueillera et consignera dans un dossier de recherche des renseignements la concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis.

Ces renseignements comprendront les informations contenues dans son dossier du CSSS concernant son état de santé, sa capacité à faire ses différentes activités et les services du CSSS utilisés. Son dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que son nom, son sexe, sa date de naissance, son état civil. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver son identité et la confidentialité des renseignements, elle ne sera identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant son nom à son dossier de recherche sera conservée par la chercheure responsable.

La chercheure responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 5 ans par la chercheure responsable. Par la suite, les données seront détruites de manière sécuritaire selon les règles et normes en vigueur de l'établissement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques mais il sera impossible de l'identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche pourra être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche de sur le vieillissement du CSSS-IUGS ou par une personne nommée par un organisme public autorisé. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez droit de consulter le dossier de recherche de la personne que vous représentez pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheure responsable du projet ou l'établissement détiendra ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous n'aurez accès à certaines de ces informations qu'une fois terminée la participation de la personne que vous représentez.

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant la participation de la personne que vous représentez à ce projet, vous ne renoncez à aucun droit ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour la participation de la personne âgée que vous représentez à ce projet de recherche. Il en est de même pour celle-ci.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à la participation de la personne que vous représentez au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec **Nicole Dubuc**, chercheur responsable au (819) 780-2220 poste 45633 ou **Nathalie Delli-Colli**, étudiante responsable du projet de recherche au (819) 780-2220 poste 45405.

Pour toute question concernant les droits de la personne que vous représentez en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS-IUGS au numéro suivant : (819) 780-2220 poste 40204.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi administratif annuel. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

En ma qualité de représentant légal, j'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Après réflexion, j'accepte que la personne que je représente participe à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

_____

Nom du participant

_____

Signature de la personne représentée capable de comprendre la nature du projet

Assentiment verbal de la personne représentée incapable de signer mais capable de comprendre la nature de ce projet : Oui ☐ Non ☐

_____

Nom et signature du représentant légal (mandataire, tuteur, curateur) Dae

AUTORISATION

Étude ultérieure

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche en lien avec le présent projet. Dans cette éventualité, autorisez-vous la chercheure responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à ce que la personne que vous représentez participe à une nouvelle recherche ?

Oui ☐ Non ☐

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTement

J'ai expliqué au représentant légal du participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui a obtenu le consentement Date

ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET

Je certifie qu'on a expliqué au représentant légal du participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement à la recherche, qu'on a répondu aux questions que le représentant légal avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à la participation de la personne qu'il représente, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à en **remettre une copie signée au représentant légal**.

Nicole Dubuc, chercheure responsable du projet de recherche Date